

Fragebogen – MAGNETRESONANZTOMOGRAFIE:

NAME: _____ Gewicht: _____

1. Haben Sie schon einmal eine **Magnetresonanztomografie (MRT)** gehabt? ja nein
2. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? ja nein
3. Wurde bei Ihnen eine Operation am **Herzen** oder am **Kopf** durchgeführt? ja nein
4. Haben Sie **Metallteile** oder **Implantate** im Körper?
z. B. Metallprothese, Metallsplitter, Granatsplitter, Herzklappe, Schmerzpumpe,
Insulinpumpe, Neurostimulator, Cochlea-Implantat, Defibrillator, Gefäßclips ja nein
5. Leiden Sie unter **Platzangst**? ja nein
6. Leiden Sie an einer **Einschränkung der Nierenfunktion**? ja nein
7. Leiden Sie an **Diabetes**? ja nein
8. Leiden Sie an einer **Erhöhung des Augendruckes** (Glaukom=grüner Star)? ja nein
9. Haben Sie **Allergien, Asthma** oder **Medikamentenunverträglichkeiten**? ja nein
Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind extrem selten.
Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle.
10. Sind Sie **tätowiert**, tragen Sie **Körperschmuck** (Piercing)? ja nein

Für Patientinnen:

11. Könnten Sie **schwanger** sein? ja nein
12. Verhüten Sie mittels **Spirale**? ja nein

ACHTUNG: DER MAGNET IST IMMER AN!

Betreten des Untersuchungsraumes nur nach Aufforderung durch das Personal!

Alle metallhaltigen Gegenstände (Uhr, Brille, Handy, Münzen, Hörgeräte, usw.) und Kreditkarten bzw. E-Card vor dem Betreten des Untersuchungsraumes ablegen!

Wenn Ihnen wegen Platzangst ein Beruhigungsmittel verabreicht werden muß, sollten Sie den restlichen Tag kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text gelesen, verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der MRT-Untersuchung zu.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Assistentin.

Unterschrift der/des Patientin/en

Ort und Datum

Unterschrift der RT