RADIOLOGIE KEMPEN

Patientenfragebogen Kernspintomografie / MRT

Dieser Fragebogen wird vor der Untersuchung ausgefüllt und unterschrieben

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefon-Nr:
Gewicht: kg	Größe: cm

Zutreffendes bitte ankreuzen

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, einen Neurostimulator, Defibrillator oder andere implantierte Geräte?	Ja	Nein
Haben Sie einen Metallsplitter im Auge, Permanent-Make up, Tätowierungen oder Piercings am Körper?	Ja	Nein
Haben Sie z. B. nach einer Kriegsverletzung noch Granatsplitter im Körper?	Ja	Nein
Wurde Ihnen ein künstliches Gelenk eingesetzt?	Ja	Nein
Sind bei Ihnen (z. B. nach Knochenoperationen) noch Platten, Nägel oder Schrauben im Körper?	Ja	Nein
Tragen Sie ein Hörgerät oder ein Ohrimplantat?	Ja	Nein
Wurden Sie schon einmal operiert (Herz, Gehirn, Blutgefäße?) Wenn ja, was und wann?	Ja	Nein
Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?	Ja	Nein
Leiden Sie an einer behandlungsbedürftigen Erkrankung, wie z. B. grüner Star …….. Nierenfunktionsstörung…... Prostatavergrößerung …….. Bekannte Allergien……. Welche?:	Ja	Nein

Bitte wenden

RADIOLOGIE KEMPEN

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden und den Grund der heutigen Untersuchung.	

Ihre weitere Krankengeschichte. Bitte sorgfältig ausfüllen!	

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	Ja	Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Kernspintomografie (MRT) durchgeführt?	Ja	Nein

Körperregion:	Institut/Klinik:	Datum:

Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe (Gadolinium-DTPA) einverstanden	Ja	Nein

Nach gründlicher Überlegung stimme ich einer Kernspintomografie (MRT)

Des/der _____
Gegebenenfalls auch mit Kontrastmittel zu

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich vor Betreten des Untersuchungsraumes alle metallischen Gegenstände (z. B. Uhr, Brille; Haarklammern, Schlüssel, Schmuck, Münzgeld, Hörgerät, Gürtel, Mobiltelefon und Kreditkarten etc. abzulegen habe. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und willige in die Untersuchung ein.

Kempen, _____ _____
Datum Unterschrift des Patienten oder Sorgeberechtigten

Ich willige in die Kernspintomografie **nicht** ein. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch die Diagnose und die Behandlung einer etwaigen Erkrankung oder Verletzung Erheblich verzögern und erschweren können.

Kempen, _____ _____
Datum Unterschrift des Patienten oder Sorgeberechtigten

Unterschreibt ein Elternteil, so erklärt Sie/Er zugleich, das Ihr/Ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, oder das Sie/Er im einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt.