

Fragebogen/Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie-

Name: _____ Vorname: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Kernspintomographie durchgeführt werden. Hierzu möchten wir Ihnen einige Informationen geben und Sie bitten, einige wichtige Fragen zu beantworten.

1. Die Kernspintomographie erzeugt Schnittbilder des Körpers innerhalb eines Magnetfeldes ohne Strahlenbelastung. Die Untersuchung wird in der Regel in mehrere Untersuchungssequenzen, die bis zu 15 Min. dauern können, aufgeteilt. Die Gesamtuntersuchungsdauer beträgt in der Regel ca. 20 – 30 min. Bei besonderen Fragestellungen oder schwierigen Untersuchungsverhältnissen sind Untersuchungszeiten bis zu 1 Stunde möglich. Während der Untersuchung hören Sie ein zeitweise lautes, klopfendes Geräusch, das je nach Untersuchungssequenz eine unterschiedliche Lärmbelästigung hervorrufen kann.
2. Wegen des starken Magnetfeldes gibt es einige wichtige Gegenanzeigen, die vor Betreten des Untersuchungsraumes unbedingt beachtet werden müssen. Wir bitten Sie deshalb folgende Fragen genauestens zu beantworten (zutreffendes bitte ankreuzen):
 - Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, einer Insulinpumpe oder eines sonstigen elektromagnetischen Überträgers?
ja nein
 - Befinden sich in Ihrem Körper metallische Teile (z.B. Granatsplitter, Operationsclips)?
ja nein
 - Tragen Sie Metallprothesen (z.B. Gelenksendoprothesen, Implantate im Bereich der Ohren, Gefäßstents)?
ja nein
 - Wurde bei Ihnen eine Gefäßoperation (z.B. Gehirn, große Bauch- oder Beingefäße) oder Herzoperation (z.B. Bypass, Herzklappe) durchgeführt?
ja nein

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

Fragebogen/Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie-

- Tragen Sie ein cgm (continuous glucose monitoring, kontinuierlich messende Glukosesensoren)

ja

nein

Tragen Sie bitte Ihr Körpergewicht ein: _____ kg

3. In sehr seltenen Fällen kann es durch von außen in die Haut oder auf die Haut aufgebrachte Fremdkörper mit metallischen Anteilen (Tattoos, bestimmte Lidschatten, Piercings o.ä.) zu umschriebenen Verbrennungen der Haut kommen. In unserer Praxis haben wir bisher eine solche Komplikation nicht festgestellt.

4. Vor der Untersuchung ist es unbedingt erforderlich, dass sämtliche Metallteile, wie z.B. entfernbare Zahnersatz, Schmuck, Piercing, Schlüssel, Feuerzeuge, Geldstücke, Uhren, Hörgeräte, Brillen, u.s.w. in der Kabine gelassen werden. Auch Kreditkarten oder ähnliche mit Magnetbandstreifen versehene Gegenstände müssen in der Kabine gelassen werden.

5. Im Verlauf der Untersuchung kann es notwendig werden, dass zusätzlich ein Kontrastmittel verabreicht wird.

Bei dem Kontrastmittel für die Kernspintomographie sind Unverträglichkeitsreaktionen bekannt, jedoch geschehen sie nur sehr selten und äußern sich dann in der Regel mit geringgradigen und schnell vorübergehendem Missempfinden (Wärmegefühl, Übelkeit, Brechreiz, Juckreiz).

Schwere Komplikationen (z.B. Luftnot, Kreislaufversagen o.ä.) sind absolute Seltenheiten. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

- Sind bei Ihnen allergische Erkrankungen oder Allergien bekannt?

ja

nein

- wenn ja, welche?

- Liegt bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung vor?

Ja

nein

Fragebogen/Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie-

- Haben Sie früher bereits einmal ein Kontrastmittel in der Kernspintomographie erhalten?

 ja

 nein

- wenn ja, wurde es von Ihnen gut vertragen?

 Ja

 nein

| | |
|------------------------------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| Patient / Patientin / Eltern | Arzt/Ärztin |

6. Nur von Patientinnen auszufüllen:

- Tragen Sie einen Intrauterin-Pessar (Spirale)?
(wenn ja, empfehlen wir nach der Kernspintomographie eine gynäkologische Kontrolluntersuchung, um die richtige Lage des IUP zu überprüfen)

 ja

 nein

- besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

 Ja

 nein

Sollten Unklarheiten oder Fragen von Ihrer Seite bestehen, sprechen Sie unser Personal bitte **vor** Betreten des Untersuchungsraumes an. Wir bitten Sie, mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie die o.g. Fragen und Informationen vollständig gelesen, verstanden und korrekt beantwortet haben und Sie mit der Untersuchung und einer evtl. Kontrastmittelgabe einverstanden sind.

Datum: _____

Unterschrift: _____

ZENTRUM FÜR RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN Rheinland, Partnergesellschaft

 Standorte: Dormagen im KKH Grevenbroich im KKH St. Elisabeth Neuss am Lukas KK

ZRN MVZ GmbH - MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM FÜR RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN

 Standorte: Neuss am Neumarkt Neuss am Johanna-Etienne-KH

www.zrn-info.de