

## Fragebogen

Patientenaufkleber

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten:

Wie hoch ist Ihr derzeitiges Körpergewicht/ Ihre Körpergröße? ..... kg ..... cm

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? .....  ja  nein

Wenn ja: Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen im Kopf implantierten Shunt  
(kleines Plastikröhrchen im Kopf, um den Hirndruck zu mindern)? .....  ja  nein

Haben Sie metallische oder elektronische Geräte oder Gegenstände im oder am Körper? ..... ja   nein  
(künstliche Herzklappe, Hörgerät, TEP, Fremdkörper, Gefäßclips, Insulinpumpe, Zahnprothese, Zahnspange, Innenohrprothese, Tätowierungen, Piercing, Permanent-Make-up etc...)

Wenn ja: Welches und seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie ansteckende Krankheiten? .....  ja  nein  
(z.B. Hepatitis oder HIV)

Sind Sie an Körperregionen, die wir heute untersuchen möchten, bereits operiert worden? .....  ja  nein

Bei Frauen: Ist eine Schwangerschaft bekannt? .....  ja  nein

Tragen Sie eine empfängnisverhütende Spirale? .....  ja  nein

Wenn ja: Eine Lagekontrolle ist unabdingbar, da in seltenen Fällen eine Verlagerung der Spirale beobachtet wurde und der Empfängnisschutz nicht mehr gewährleistet sein könnte.

**Mir ist bewusst, dass elektronische Geräte und Scheck-/Kreditkarten (u. a. Handy, Ipod, Uhren, MP3 Player etc.) durch den Magneten zerstört werden können und die Mitnahme in das Gerät nicht gestattet ist!**

Bitte wenden!

## Fragebogen

### Kontrastmittelgabe

Bei Ihnen muss eine Untersuchung **evtl. mit einem Kontrastmittel** durchgeführt werden. In seltenen Fällen kann es bei Kontrastmittelgabe zu allergischen Reaktionen (Hautausschlag, Übelkeit, Kreislaufproblemen, Atembeschwerden bis hin zum allergischen Schock) kommen. Um das Risiko für Sie so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRT Kontrastmittel verwendet? .....  ja  nein

Wenn Ja: Haben Sie dieses gut vertragen? .....  ja  nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? .....  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Asthma? .....  ja  nein

Haben Sie Funktionsstörungen der Nieren? .....  ja  nein

Ist bei Ihnen ein Plasmocytom (Knochenmarktumor)/Immunocytom  
(Morbus Waldenström) bekannt? .....  ja  nein

Sind Sie seit mindestens 3 Stunden nüchtern? .....  ja  nein

**Ich bin über Nutzen und Risiken einer evtl. Kontrastmittelapplikation aufgeklärt worden und mit der Gabe eines Kontrastmittels einverstanden.  
Falls Sie noch Fragen haben, werden diese vor der Untersuchung in der Abteilung beantwortet.**

Ich möchte eine Kopie dieses Aufklärungsbogens für meine persönlichen Unterlagen .....  ja  nein

Alsdorf/Eschweiler/Würselen, \_\_\_\_\_

X

Unterschrift des untersuchenden Arztes

X

Unterschrift des/der Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten/Vormundes