

Informationen zur Kernspintomographie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Kernspintomographie durchgeführt werden. Bei dieser Untersuchung werden keine Röntgenstrahlen, sondern Magnetfelder eingesetzt. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist keine schädigende Wirkung in Ihrem Körper zu erwarten.

Vor der Untersuchung sollten Sie alle magnetischen, elektronischen und metallischen Gegenstände ablegen und in der Umkleidekabine lassen.

Die Untersuchung dauert etwas 20 bis 30 Minuten.

Während der Untersuchung hören Sie Klopfgeräusche, von denen keine Gefahr ausgeht. Sie erhalten von uns einen Gehörschutz. Zusätzlich bekommen Sie eine Verbindung über eine Lautsprecheranlage.

In vielen Fällen kann eine Kontrastmittelgabe über eine Vene und/oder als Getränk nötig sein. Die Kontrastmittel sind in der Regel sehr gut verträglich. Allergische Reaktionen treten in sehr wenigen Fällen auf.

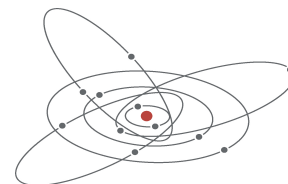
Die Auswertung der Untersuchung dauert meist etwas 30 Minuten, in Einzelfällen aber auch länger.

Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns !

Ihr Praxisteam

Name/Vorname _____

Geb. _____ Telefonnr. _____



BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN UND UNTERSCHREIBEN SIE DIE EINWILLIGUNG:

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Befinden sich Metallimplantate in Ihrem Körper? Ja Nein

(z.B. Medikamentenpumpen, Herzklappen, Splitter, Gelenkprothesen, Hörgeräte, Stents)

Wenn ja: Wo befinden sich die Implantate: _____

Haben Sie eine Funktionsstörung der Nieren? Ja Nein

Sind Sie dialysepflichtig? Ja Nein

Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden? Ja Nein

Sind bei früheren Untersuchungen Reaktionen auf Kontrastmittel aufgetreten? Ja Nein

Könnten Sie momentan schwanger sein? Ja Nein

Stillen Sie derzeit Ihr Kind? Ja Nein

Tragen Sie eine Spirale? Ja Nein
(Wenn ja, lassen Sie diese bitte nach der Untersuchung von Ihrem Frauenarzt kontrollieren!)

Haben Sie ansteckende Krankheiten? Ja Nein
z. B. Hepatitis, TBC, HIV

Hatten Sie schon mal eine Kernspintomographie? Ja Nein

Ihr Körpergewicht beträgt ca.: _____ kg

Sie erhalten für Ihren Arzt einen Papierausdruck oder eine CD, sollten sie darüber hinaus eine zusätzliche CD wünschen, erheben wir hierfür eine Gebühr von 5 Euro. Ja Nein

EINWILLIGUNG

Mit der Untersuchung bin ich einverstanden Ja Nein

Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden Ja Nein

Datum

Unterschrift