

Wichtige Hinweise:

1. Bitte 2 Stunden vor der Untersuchung nichts mehr essen!
2. Bitte einen Tag vor der Untersuchung am Vormittag anrufen (Telefon 0911 / 480 80 90) und den Termin bestätigen.

ANAMNESEBOGEN KERNSPINTOMOGRAPHIE

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Termin:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Kernspintomographie soll krankhafte Veränderungen im Körper sichtbar machen. Anstelle von Röntgenstrahlen wird zur Darstellung Ihres Körpers ein Magnetfeld verwendet. Damit sind Informationen zu erhalten, die mit anderen Untersuchungsmethoden nicht zu gewinnen sind.

Schädigende Wirkungen sind nach dem derzeitigen Stand unseres Wissens nicht bekannt.

Ein bestimmter Personenkreis kann jedoch – um Risiken zu vermeiden – mit dieser Methode nicht untersucht werden. **Herzschrittmacher-Patienten sind von der Untersuchung auszuschließen.**

① **Bitte teilen Sie uns mit, ob sich metallische Gegenstände in Ihrem Körper befinden, indem Sie die zutreffenden Kästen ankreuzen.**

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Bekannte Platzangst |
| <input type="checkbox"/> Metallische Clips an Blutgefäßen | <input type="checkbox"/> Metallplatten, Nägel, Schrauben, Clips, etc. |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappen | <input type="checkbox"/> Spirale |
| <input type="checkbox"/> Hörhilfen | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Piercing | <input type="checkbox"/> Tattoo (besonders asiatischer Herkunft) |
| <input type="checkbox"/> Stents | <input type="checkbox"/> Insulinpumpe |
| <input type="checkbox"/> Cochlea-Implantat | |

② **Sind bei Ihnen infektiöse Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) bekannt?** JA NEIN

Wenn JA, welche?

③ **Sind bei Ihnen Allergien bekannt?** JA NEIN

Wenn JA, welche?

④ Geben Sie bitte Ihr Körpergewicht in Kilogramm und Ihre Körpergröße in Zentimeter an:

kg	cm
----	----

⑤ Ist bei Ihnen ein Nierenleiden oder ein erhöhter Kreatininwert bekannt? JA NEIN

⑥ Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind sie schwanger? JA NEIN

⑦ Stillen Sie derzeit? JA NEIN

Durchführung der Untersuchung:

Sie liegen auf einer beweglichen Liege, die sich langsam in die Öffnung des Gerätes bewegt. Je nach Umfang der Untersuchung beträgt die Untersuchungsdauer bis zu 30 Minuten.

Bitte bleiben Sie während der gesamten Untersuchung unbedingt ruhig liegen.

Jede Bewegung führt zu einer Verzerrung der Bilder: Dies können wir aber erst am Ende der Messung bzw. Bildberechnung feststellen, so dass ggf. die Untersuchung wiederholt werden muss.

Bitte beachten Sie:

Lassen Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes bitte Uhren, Schlüssel, Handy, Wertsachen, Schmuck, Kugelschreiber, Scheckkarten, Haarklammern und andere Metallteile in der Kabine.

Kontrastmittelgabe:

Bei dem evtl. notwendigen Kontrastmittel handelt es sich um Gadolinium, ein speziell für die Kernspintomographie entwickeltes und sehr gut verträgliches Kontrastmittel.

Bisher sind keine Gegenanzeigen für die Anwendung bekannt. Bitte teilen Sie uns dennoch jede Art von Missempefindung nach der Kontrastmittelgabe unverzüglich mit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Aufklärungsbogen gelesen haben, dass Sie keine weiteren Fragen haben und dass Sie in die vorgeschlagene Untersuchung einwilligen.

Nürnberg, den

Unterschrift