

Fragebogen für ambulante Patienten *Magnetresonanztomographie*

Name, Vorname: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Geburtsdatum: _____

Platzangst: ja nein

Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, eines Neurostimulators, einer Insulinpumpe oder eines Sensors zur Blutzuckermessung?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Wurden Sie an Herz, Kopf oder Wirbelsäule operiert?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Tragen Sie ein Hörgerät oder ist bei Ihnen eine Hörstörung bekannt? (Hörgeräte bitte für die Untersuchung herausnehmen)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Befinden sich Teile aus Metall in/am Körper (z.B. Schmuck, Zahnprothese, Piercing, Granatsplitter, Gelenkprothese, Gefäßclips, Metallsplitter, Tätowierung usw)? Metallteile wie z.B. Schmuck, Zahnprothese, Piercing vor der Untersuchung bitte entfernen. Für die Untersuchung MRT-Kopf bitte das Gesicht abschminken (Make-Up kann Metallteilchen enthalten).	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Sind Allergien gegen Kontrastmittel oder Medikamente bekannt?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Besteht eine Nierenfunktionsstörung? Kreatininwert:	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Ich habe die Patienteninformation / den Fragebogen gelesen und alles verstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet und weiß, dass falsche und unvollständige Angaben eine akute Gefährdung für mich / mein Kind / die von mir betreute Person darstellen können.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Bei **Zustimmung** zur Untersuchung:

Ich willige nach gründlicher Überlegung in die kernspintomographische Untersuchung, ggf. einschließlich Kontrastmittel ein.

Nur bei **Ablehnung** der Untersuchung:

Ich willige in die kernspintomographische Untersuchung nicht ein. Ich wurde ausführlich darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnostik und Therapie einer möglichen Erkrankung verzögern und eventuell erheblich erschweren können.

Ich wünsche eine Kopie dieses Fragebogens.

Ich wünsche **keine** Kopie dieses Fragebogens.

**Wichtig: Bitte während der Wartezeit möglichst eine unserer Toiletten aufsuchen !
(Im Eingangsbereich des Praxiszentrums und nahe der Wartezone E)**

Datum

Unterschrift Patient (in) / Eltern / Betreuer (in)

Unterschrift Arzt