



AUFKLÄRUNGSBLATT für die Magnetresonanz-Tomographie (MRT)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

1. Hatten sie jemals eine Operation am Herzen oder Kopf? JA NEIN
2. Haben sie einen **Herzschrittmacher/Defibrillator?** JA NEIN
3. Haben Sie Metallteile/STENTS/Clips/Prothesen/Splitter im Körper? JA NEIN
Wenn ja was/wo? _____
4. Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung gehabt? JA NEIN
5. Sind Kontrastmittelallergien bekannt? (MR oder CT) JA NEIN
6. Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten? JA NEIN
7. Haben Sie eine Insulin- oder Schmerzpumpe implantiert? JA NEIN
8. Tragen Sie derzeit ein Hormon-, Schmerz- oder Nikotinpflaster? JA NEIN
9. Haben Sie eine metallische, herausnehmbare Zahnprothese? JA NEIN
Wenn ja ist diese **mit Magneten** fixiert? JA NEIN
10. Haben Sie eine festsitzende Zahnspange? JA NEIN
11. Tragen Sie derzeit **Hörgeräte?** JA NEIN
12. Haben Sie eine Tätowierung, Permanent Make Up oder Piercings? JA NEIN
13. Sind Sie wegen Rheuma in Behandlung? (Rheumaambulanz) JA NEIN
14. Haben Sie schlechte Nierenwerte? JA NEIN
15. Wenn für die Untersuchung ein Kontrastmittel notwendig ist,
sind Sie mit der Verabreichung einverstanden? JA NEIN

Größe: _____ Gewicht: _____

Für Patientinnen:

16. Könnten Sie schwanger sein? JA NEIN
17. Verhüten Sie mittels Kupferspirale oder Kupferkette? JA NEIN

Achtung: Wenn Sie ein Beruhigungsmittel (**Psychopax- enthält Alkohol**) erhalten, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden weder ein Kraftfahrzeug steuern, noch an gefährlichen Maschinen arbeiten.

Vorbereitung: Sämtliche Metallteile (Uhr, Geldbörse, Hörgerät, Münzen, Schlüssel, Haarspangen, Handy etc.) ablegen. Scheck- oder Kreditkarten mit Magnetstreifen werden unwiderruflich gelöscht.

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu.

Unterschrift der/des Patienten
und/oder des gesetzlichen Vertreters

Datum

MTD

Bitte beachten Sie auch die 2. Seite



**Bitte folgende Fragen zur besseren Befunderstellung kurz beantworten!
Die genaue Auskunft über Ihre Beschwerden ist für die Befunderstellung
wichtig!**

Haben Sie **Beschwerden** im Bereich der Untersuchungsregion? JA NEIN
Beschreiben Sie ihre **Schmerzen**/Beschwerden **stichwortartig**.
Grund der heutigen Untersuchung?

Gab es **Operationen** im Bereich der Untersuchungsregion? JA NEIN
Wenn JA, **welche und wann?**

Hatten sie einen Sturz, Unfall oder Verletzung in letzter Zeit,
die zu den Beschwerden führte? JA NEIN
Wenn JA, **welche und wann?**

Haben Sie **bekannte Erkrankungen?** (Krebs, Multiple Sklerose, Zucker,..) JA NEIN
Wenn JA, **welche und seit wann?**
