

# KERNSPINTOMOGRAPHIE

## FRAGEBOGEN

**BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN SORGFÄLTIG!**

1. Tragen sie einen **Herzschrittmacher**, eine **künstliche Herzklappe**, eine **Insulinpumpe** oder andere ?  nein  ja
2. Befinden sich **andere Teile aus Metall im Körper** ( z. B. Prothesen, Hörgeräte, Granatsplitter, Gefäßklips) ?  nein  ja
3. Wurden Sie schon einmal **an Kopf oder Herz operiert** ?  nein  ja
4. Haben Sie Tätowierungen oder Permanent Make - Up?  nein  ja
5. Leiden Sie an **Klaustrophobie** (Angst in engen Räumen)?  
Wenn ja, bitte am Schalter melden !!!  nein  ja
6. Wurde bei Ihnen schon eine MR- Untersuchung durchgeführt?  nein  ja
7. Haben Sie schon einmal MR- Kontrastmittel bekommen?  nein  ja
8. Traten nach früheren Kontrastmitteluntersuchungen **Nebenwirkungen** auf ?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
9. Körpergewicht: \_\_\_\_\_kg Körpergröße: \_\_\_\_\_cm
10. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein?  nein  ja
11. Für Frauen: Verhüten Sie mit einer Kupferspirale?  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Überprüfung der oben angeführten Punkte durch RT: \_\_\_\_\_