

# AUFKLÄRUNG UND ANAMNESE KERNSPINTOMOGRAPHIE



Barcode area

Name: .....  
Vorname: .....  
Ihre Tel-Nr: .....  
Hausarzt: .....

## ANAMNESE (KRANKHEITSVORGESCHICHTE) FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAPHIE

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten:

- 1. Tragen Sie eines der folgenden Geräte in ihrem Körper:  
Herzschrittmacher, Defibrillator, Implantat im Innenohr/  
Cochleaimplantat, Schmerz-/oder Medikamentenpumpe ..... ja  ... nein
- 2. Tragen Sie eine Gefäßklammer/einen Clip an einem Hirngefäß? ..... ja  ... nein
- 3. Tragen Sie eine künstliche Herzklappe? ..... ja  ... nein
- 4. Befinden sich Metall-/Granatsplitter in ihrem Körper? ..... ja  ... nein
- 5. Tragen Sie Tattoos, Piercings oder Permanent Make-up? ..... ja  ... nein

Fragen 1-5:  
Falls ja, seit wann?

- .....
- 6. Haben Sie schon einmal allergisch auf eingespritztes  
Kontrastmittel beim Röntgen, CT oder Kernspin reagiert? ..... ja  ... nein
- 7. Sind Allergien auf andere Medikamente, Nahrungsmittel  
oder ein allergisches Asthma bekannt? ..... ja  ... nein
- 8. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? ..... ja  ... nein
- 9. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) bekannt? ..... ja  ... nein
- 10. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ..... ja  ... nein
- 11. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ..... ja  ... nein
- 12. Wurde die heute zu untersuchende Körperregion schon mittels CT  
oder Kernspin voruntersucht. Wenn ja, wann und wo zuletzt? ..... ja  ... nein

Bitte eintragen: Mein Körpergewicht: ..... kg Meine Körpergröße: ..... cm

**Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**  
Ich bin einverstanden, dass Bilder und Befunde von Voruntersuchungen zum Vergleich angefordert werden dürfen und bin mit der Übermittlung der Bilder und des Befundes meiner Untersuchung an meinen überweisenden Arzt sowie an weitere mich behandelnde Ärzte einverstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das ich Gelegenheit hatte, die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis zu nehmen. ja  ... nein

Die Information zur Kernspintomographie habe ich gelesen und verstanden. Die Fragen zu meiner Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Name, Unterschrift Arzt/Ärztin      Datum      Unterschrift Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)

# AUFKLÄRUNG UND ANAMNESE KERNSPINTOMOGRAPHIE



## WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR KERNSPINTOMOGRAPHIE

Die Kernspintomographie ist ein modernes Untersuchungsverfahren, das es ermöglicht, ohne Einsatz von Röntgenstrahlen Bilder aus dem menschlichen Körper zu gewinnen. Unter Beachtung unten genannter Vorsichtsmaßnahmen ist die Kernspintomographie ein sehr sicheres und häufig sehr hilfreiches diagnostisches Verfahren.

**In der Umkleidekabine müssen Sie vor der Untersuchung alle metallischen und elektronischen Gegenstände ablegen.** Dazu zählen Schmuck, Haarspangen, herausnehmbare Zahnprothesen, Brille, Schlüssel, Uhr, Hörgeräte, Mobiltelefon, Geldbeutel und loses Münzgeld in den Taschen sowie Scheckkarten.

Sie erhalten von uns einen Gehörschutz, da während der Untersuchung zeitweise laute Klopfgeräusche entstehen.

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines Kontrastmittels erforderlich. Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen; bei Überempfindlichkeit kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag und ähnlichen Reaktionen kommen, die in der Regel rasch wieder abklingen. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen bis zum Kreislaufschock sind sehr selten. Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf.

**Bitte beachten Sie, dass bei Menschen, die elektronische Geräte (Herzschrittmacher, Defibrillator, Neurostimulator, Schmerzpumpe, Cochleaimplantat) im Körper tragen, keine Kernspintomographie durchgeführt werden kann.**

**Bitte informieren Sie unser Anmeldepersonal, falls Sie ein solches Gerät im Körper tragen.**

**Bitte informieren Sie unsere Anmeldung auch, wenn Sie unter Angstzuständen in engen Räumen leiden.**

Die Information zur Kernspintomographie habe ich gelesen und verstanden.

Datum



Unterschrift Patient(in)/ Sorgeberechtigte(r)

Bitte wenden Sie nun den Bogen und beantworten uns die wichtigen Fragen auf Seite 2. Außerdem bitten wir Sie beim Ausfüllen um einen angemessenen Schreibdruck, da bei zu schwachem Druck keine Übertragung auf die Durchschrift statt findet.