

Termin: _____

***Bitte 2 Std vor der Untersuchung nichts mehr essen
Bitte einen Tag vor der Untersuchung am Vormittag anrufen (Tel 4808090) und den
Termin bestätigen***

Aufklärungsbogen Kernspintomographie

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
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.** Bitte teilen Sie uns mit, ob sich metallische Gegenstände in Ihrem Körper befinden, indem Sie die zutreffenden Kästen ankreuzen.

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

Sind bei Ihnen infektiöse Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) bekannt?

ja, welche _____ nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja, welche _____ nein

Geben Sie bitte Ihr Körpergewicht an. _____ kg.

Ist bei Ihnen ein Nierenleiden oder ein erhöhter Kreatininwert bekannt?

ja _____ nein

Frauen im gebärfähigen Alter: Sind sie schwanger?

Ja Nein

BITTE WENDEN

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

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie sich aufgeklärt fühlen und mit der Untersuchung einverstanden sind.

Ich willige hiermit in die Untersuchung ein:

Nürnberg, den _____

(Unterschrift des Patienten bzw. des Sorgeberechtigten)