

MVZ St. Marien Amberg, Praxis für Radiologie

Facharzt für Diagn. Radiologie, Mariahilfbergweg 7, 92224 Amberg
Tel. 09621 – 384080, Fax 09621 – 384144

Fragebogen zur

Kernspintomographie

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen oder ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher** oder eine künstliche Herzklappe? Nein Ja

Falls ja, bitte sofort das Personal informieren und auf keinen Fall den Kernspin-Raum betreten!

2. Welche Beschwerden haben Sie in der Körperregion, die wir heute untersuchen?

Seit wann/wie lange schon? _____

3. Handelt es sich um einen Unfall oder Unfallfolgen? Nein Ja

4. Wurden Sie an der zu untersuchenden Region bereits operiert? Nein Ja

Wenn ja, wann: _____

5. Tragen Sie eine Insulin-/, Medikamentenpumpe oder einen Blutzuckersensor? Nein Ja

6. Befinden sich in Ihrem Körper andere Implantate oder Teile aus Metall? Nein Ja

z.B. Prothese, Gefäßprothese (Stent), Gefäßclips, Zahnimplantate, Zahnspange, Neurostimulator, "Spirale", Hörgerät, Piercing, Permanent-Make-up, Defibrillator, Metallsplitter als Folge von Unfällen oder Verletzungen, Metallstaub aus berufl. Tätigkeit etc.

Wenn ja, welche: _____

7. Wurden Sie schon einmal operiert: Kopf, Herz, Wirbelsäule, Gefäßsystem oder Knie? Nein Ja

Art und Jahr des Eingriffs: _____

Bitte wenden →

MVZ St. Marien Amberg, Praxis für Radiologie

Facharzt für Diagn. Radiologie, Mariahilfbergweg 7, 92224 Amberg
Tel. 09621 – 384080, Fax 09621 – 384144

8. Ist bei Ihnen ein Tumor bekannt? Nein Ja
Wenn ja, welcher Tumor/seit wann? OP? _____
9. Bestehen oder bestanden schwere Funktionsstörungen der Nieren? Nein Ja
10. Liegen oder lagen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenfehlfunktion etc.)? Nein Ja
Wenn ja, welche? _____
11. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Nein Ja
Wenn ja, welche: _____
(evtl. vorhandenen Allergiepass bitte vorlegen!)
12. Sind Infektionskrankheiten bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV, etc.)? Nein Ja
13. Traten nach früheren Kernspintomographien mit Kontrastmittel Nebenwirkungen auf? Nein Ja
Wenn ja, welche? _____
14. Leiden Sie an Platzangst (Klaustrophobie)? Nein Ja
15. Ihr Körpergewicht: _____ kg Ihre Größe: _____ m
16. Bitte geben Sie uns Ihre Telefonnummer _____
17. Wer ist Ihr Hausarzt? _____
18. **Für Frauen:** Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie? Nein Ja

Einwilligung

Die Fragen habe ich gelesen und gewissenhaft beantwortet.
Mit der Untersuchung und ggf. mit der Gabe von Kontrastmitteln erkläre ich mich einverstanden.
Meine Angaben sind freiwillig und jederzeit ganz oder teilweise widerrufbar.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Erziehungsberechtigten)