

Kernspintomographie

Patientenaufkleber:

Name, Vorname

Geb-Dat

Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? **Ja** **Nein**
falls ja, ist MR-Untersuchung nicht möglich!
- einen Neurostimulator? **Ja** **Nein**
- eine Insulinpumpe? **Ja** **Nein**
- ein Hörgerät?
Falls ja, bitte in der Kabine ablegen. **Ja** **Nein**
- eine herausnehmbare Zahnprothese? **Ja** **Nein**
2. Sind Sie an Herz, Kopf, Ohren oder Augen operiert worden? **Ja** **Nein**
3. Haben Sie größere Hautverbrennungen oder Tätowierungen? **Ja** **Nein**
4. Sind in Ihrem Körper eventuell Metallteile, wie z.B.
Metall-/Granatsplitter, Operationsnägeln/Clips/
Aneurysmaclips oder Piercings? **Ja** **Nein**
5. Haben Sie eine Niereninsuffizienz ? **Ja** **Nein**
6. Benutzen Sie ein Tönungsspray für den Haaransatz ? **Ja** **Nein**
(z.B. Magic Retouch von L'Oreal oder Hair-Touch-Up-Spray)
7. Bei Frauen: Sind Sie schwanger ? **Ja** **Nein**
Stillen Sie zur Zeit ? **Ja** **Nein**

Sollten Sie mindestens eine der Fragen mit `ja` beantwortet haben, sprechen Sie bitte den Arzt oder die Mitarbeiterin vor der Untersuchung an.

Bitte legen Sie Scheckkarten, Parkkarten, Uhr, Handy, Schmuck, Haarspangen in der Kabine ab. Entfernen Sie bitte alle losen Metallteile aus den Hosen-/Blusentaschen, da diese Sie im Magnetfeld gefährden könnten.

Datum

Unterschrift (Patient)

Unterschrift (Arzt)