Aufklärungsbogen
Kernspintomografie

Name: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Gewicht: _____

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Neurostimulator, ein Defibrillatorsystem oder andere implantierte elektronische Geräte? Nein ❒ Ja ❒
2. Haben Sie eine Metallsplitterverletzung, Akupunkturnadel am Körper? Nein ❒ Ja ❒
3. Tragen Sie ein künstliches Gelenk oder Schrauben, Platten, Nägel nach einer Knochenbruchoperation? Nein ❒ Ja ❒
4. Tragen Sie ein Hörgerät oder Innenohrimplantat? Nein ❒ Ja ❒

Wenn ja, legen Sie das Hörgerät bitte in der Umkleidekabine ab!!!!!

5. Tragen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz? Nein ❒ Ja ❒
6. Tragen Sie eine permanentes Make-up, Piercing oder eine Tätowierung? Nein ❒ Ja ❒
7. Ist bei Ihnen eine Herz-, Gehirn- oder Gefäßoperation durchgeführt worden? Nein ❒ Ja ❒
   Wenn ja, welcher Art ? _____
8. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Nein ❒ Ja ❒
9. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? Nein ❒ Ja ❒
10. Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt? Nein ❒ Ja ❒
11. Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe (Gadoliniumpräparat) einverstanden.
(sehr gute Verträglichkeit; extrem selten Auftreten von Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergie))
Nein ❒ Ja ❒

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin darüber aufgeklärt worden, alle metallischen Teile (z.B. Uhr, Brille, Haarklammern, Schlüssel, Schmuck, Münzgeld, Mobiltelefon und Magnetstreifenkarte) vor Betreten des Untersuchungsraums abzulegen.
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und willige in die Untersuchung ein.

Köln, den _____ _____ _____
Unterschrift Arzt Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter*

Ich willige in die Durchführung der Kernspintomographie nicht ein. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnose und Behandlung einer etwaigen Erkrankung erheblich verzögern und erschweren können.

Köln, den _____ _____ _____
Unterschrift Arzt Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter*