

Plochinger Str. 115 73730 Esslingen Tel.: (0711) 93 18 41 - 0 Fax: (0711) 93 18 41 - 88

E-mail: info@radiologie-es.de

www.radiologie-es.de

Unterschrift: _____

Sprechzeiten Mo-Fr: 6.00-20.00 Uhr

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

Datum: ___

Neurostimulator Insulinpumpe Innenohrprothese Haben Sie Gefäßstützen [Stents] oder Gefäßclips? Wenn ja, seit wann? Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Sind in Ihrem Körper Metallteile, wie z.B. Metall-/ Granatsplitter? Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen? Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? Tragen Sie ein Hörgerät? Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? Tragen Sie eine Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Jia Catterior in der Stenen St	Geb. Datum:	Größe:	Gewicht:	kg
Neurostimulator Insulinpumpe Innenohrprothese Haben Sie Gefäßstützen [Stents] oder Gefäßclips? Wenn ja, seit wann? Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Metall-/ Granatsplitter? Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen? Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? Tragen Sie eine Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? Leiden Sie unter Platzangst? Ja Candallergien Sie eine Kupferspirale? Ja Candallergien Sie Schwanger? Ja Candallergien Sie	 Wurden bei Ihnen folgen 	de Geräte implantiert?		
Insulinpumpe Innenohrprothese Innehrence Innenohrprothese Innenohrprothes	 Herzschrittmacher 		□ ja	☐ neir
Innenohrprothese Innenohrprothese Index Gefäßstützen [Stents] oder Gefäßclips? Wenn ja, seit wann? Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Sind in Ihrem Körper Metallteile, wie z.B. Metall-/ Granatsplitter? Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen? Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? Tragen Sie ein Hörgerät? Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? Tragen Sie eine Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? Inst bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?	 Neurostimulator 		□ ja	☐ neir
2. Haben Sie Gefäßstützen [Stents] oder Gefäßclips? Wenn ja, seit wann? 3. Haben Sie eine künstliche Herzklappe? 4. Sind in Ihrem Körper Metallteile, wie z.B. • Metall-/ Granatsplitter? • Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen? 5. Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? 6. Tragen Sie ein Hörgerät? 7. Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? 8. Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? 9. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? 10. Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? 11. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? 12. Leiden Sie unter Platzangst? 13. Haben Sie eine Kupferspirale? 14. Stillen Sie? 15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?	 Insulinpumpe 		□ ja	☐ neir
Wenn ja, seit wann? 3. Haben Sie eine künstliche Herzklappe? 4. Sind in Ihrem Körper Metallteile, wie z.B. • Metall-/ Granatsplitter? • Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen? 5. Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? 6. Tragen Sie ein Hörgerät? 7. Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? 8. Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? 9. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? 10. Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? 11. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? 12. Leiden Sie unter Platzangst? 13. Haben Sie eine Kupferspirale? 14. Stillen Sie? 15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?	 Innenohrprothese 		□ ja	☐ neir
3. Haben Sie eine künstliche Herzklappe? 4. Sind in Ihrem Körper Metallteile, wie z.B. • Metall-/ Granatsplitter? • Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen? 5. Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? 6. Tragen Sie ein Hörgerät? 7. Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? 8. Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? 9. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? 10. Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? 11. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? 12. Leiden Sie unter Platzangst? 13. Haben Sie eine Kupferspirale? 14. Stillen Sie? 15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?	2. Haben Sie Gefäßstützen [Stents] oder Gefäßclips?		□ ja	☐ neir
 4. Sind in Ihrem Körper Metallteile, wie z.B. Metall-/ Granatsplitter? Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen? 5. Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? G. Tragen Sie ein Hörgerät? Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? B. Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Leiden Sie unter Platzangst? Bei Frauen - sind Sie schwanger? Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? 	Wenn ja, seit wann?			
 Metall-/ Granatsplitter? Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen? Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? Tragen Sie ein Hörgerät? Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Leiden Sie unter Platzangst? Ja Haben Sie eine Kupferspirale? Ja Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? 			□ ja	☐ neir
Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen? Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? Tragen Sie ein Hörgerät? Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? Its bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Jack Leiden Sie unter Platzangst? Jack Leiden Sie eine Kupferspirale? Jack Leiden Sie eine Kupferspirale? Jack Leiden Sie Schwanger? Jack Leiden Sie? Jack Leiden Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?	4. Sind in Ihrem Körper Me	tallteile, wie z.B.		
Metallplatten, Gelenkprothesen? 5. Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? 6. Tragen Sie ein Hörgerät? 7. Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? 8. Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? 9. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? 10. Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? 11. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? 12. Leiden Sie unter Platzangst? 13. Haben Sie eine Kupferspirale? 14. Stillen Sie? 15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?	Metall-/ Granatspli	itter?	□ ja	☐ neir
5. Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-Up? 6. Tragen Sie ein Hörgerät? 7. Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? 8. Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? 9. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? 10. Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? 11. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? 12. Leiden Sie unter Platzangst? 13. Haben Sie eine Kupferspirale? 14. Stillen Sie? 15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? 15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? 16. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? 17. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? 18. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?	 Operationsnägel, - 	schrauben, Klammern,	□ ja	☐ neir
6. Tragen Sie ein Hörgerät? 7. Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange? 8. Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? 9. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt? 10. Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt? 11. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? 12. Leiden Sie unter Platzangst? 13. Haben Sie eine Kupferspirale? 14. Stillen Sie? 15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? 15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? 16. Tragen Sie eine Zahnprothese/ ja ja light sie eine Zahnspange? 16. Jia light sie eine Zahnspange? 17. Jia light sie eine Zahnspange? 18. Jia light sie eine Zahnspange? 19. Jia	Metallplatten, Gele	enkprothesen?		
7. Tragen Sie eine Zahnprothese/ Zahnspange?	5. Haben Sie Tätowierunge	n, Piercings, Permanent-Make-Up?	□ ja	☐ neir
8. Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen?	6. Tragen Sie ein Hörgerät?		□ ja	☐ neir
9. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt?	7. Tragen Sie eine Zahnpro	these/ Zahnspange?	□ ja	☐ neir
10. Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt?	8. Tragen Sie einen Zahner	satz mit magnetischen Knöpfen?	□ ja	☐ neir
11. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?	9. Sind Allergien oder Asthr	ma bei Ihnen bekannt?	□ ja	☐ neir
12. Leiden Sie unter Platzangst?	10. Sind Allergien gegen Kor	ntrastmittel bekannt?	□ ja	☐ neir
13. Haben Sie eine Kupferspirale? □ ja 13. Bei Frauen - sind Sie schwanger? □ ja 14. Stillen Sie? □ ja 15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? □ ja	11. Ist bei Ihnen eine Einsch	ränkung der Nierenfunktion bekannt?	□ ja	☐ neir
13. Bei Frauen - sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ j	12. Leiden Sie unter Platzan	gst?	□ ja	☐ neir
14. Stillen Sie?	13. Haben Sie eine Kupfersp	irale?	□ ja	☐ neir
15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?	13. Bei Frauen - sind Sie sch	wanger?	□ ja	☐ neir
	14. Stillen Sie?		□ ja	☐ neir
Aktuelle Beschwerden / OP in der Untersuchungsregion:	15. Sind Sie ggf. mit einer	Kontrastmittelgabe einverstanden?	☐ ja	☐ nei
Aktuelle Beschwerden / OP in der Untersuchungsregion:	AL. II D. I			
	Aktuelle Beschwerden / C	P in der Untersuchungsregion:		
Einwilligung zur Untersuchung:	Einwilliauna zur Untercus	hungi		
Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.		_		
			ausführlich informiort	
Über die geplante Untersuchung hat mich Frau/ Herr ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtigen Fragen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen mehr und bin mit d				

<u>Patientenbogen</u>

Kernspintomographie/Magnetresonanztomographie

Die Kernspintomographie ermöglicht die Erstellung von Schnittbildern des Körpers ohne Anwendung von Röntgenstrahlen. Der Patient liegt lediglich in einem Magnet- oder Hochfrequenzfeld (entspricht Radiowellen).

<u>Untersuchungsablauf</u>

Die Untersuchung erfolgt in bequemer Rücken oder Bauchlage und dauert ca. 30 Minuten. Während des Betriebes erzeugt das Gerät ein relativ lautes Geräusch, welches einem Hämmern oder Klopfen ähnlich ist. Es ist im Allgemeinen gut auszuhalten, wir bieten Ihnen zusätzlich Kopfhörer oder Ohrstöpsel an.

Sie sollten während der Messung ruhig und möglichst entspannt liegen.

Am besten halten Sie die Augen geschlossen. Sollten Sie während der Untersuchung Beschwerden, Schmerzen oder andere Störungen ihres Wohlbefindens bemerken, scheuen Sie sich nicht, sich über die Klingel bemerkbar zu machen. Wir kümmern uns dann sofort um Sie.

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines Kontrastmittels erforderlich. Kontrastmittel wird in der Regel gut vertragen; bei Überempfindlichkeit kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag u.ä. Reaktionen kommen, die in der Regel rasch wieder abklingen.

Schwere, lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten, wir sind jedoch auch für diesen Fall bestens ausgerüstet.

Komplikationen:

Dieses Untersuchungsverfahren ist sehr risikoarm, dennoch können in sehr seltenen Fällen Komplikationen auftreten. Z. B.:

- Kurzzeitiger Schwindel, Übelkeit oder Kopfschmerzen, Hautreizungen bis zu Verbrennungen (in erster Linie durch metallhaltige Farbstoffe in Tattoo- Farben oder Permanent-Make-Up)
- Sehr selten Unverträglichkeitsreaktionen oder allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel.

Wichtig!! Wichtig!! Wichtig!! Wichtig!! Wichtig!!

Im gesamten Untersuchungsraum herrscht ein starkes Magnetfeld. Zu Ihrer Sicherheit sollten Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes folgendes ablegen und beachten:

- Karten mit Magnetstreifen, wie z.B. Scheck- und Kreditkarten, Parkkarte, alle Metall- und Wertsachen (Geldbörsen, Münzen, Taschenmesser, Feuerzeug, Schlüssel, Haarnadeln, Uhren, Schmuck, Gürtel, Handy, MP3-Player, IPod o.ä), Hörgeräte, Piercing, Zahnspangen, herausnehmbare Gebissteile
- Wenn für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel verabreicht werden muss, dürfen Sie 24 Stunden keine Fahrzeuge steuern oder Maschinen bedienen.