



## Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

1. Wurden bei Ihnen folgende Geräte implantiert?
  - Herzschrittmacher  ja  nein
  - Neurostimulator  ja  nein
  - Insulinpumpe  ja  nein
  - Innenohrprothese  ja  nein
2. Haben Sie Gefäßstützen (Stents) oder Gefäßclips?  
Wenn ja, seit wann?  ja  nein
3. Haben Sie eine künstliche Herzklappe?  ja  nein
4. Tragen Sie in Ihrem Körper Metallteile, wie z.B.
  - Metall-/ Granatsplitter?  ja  nein
  - Operationsnägel, -schrauben, Klammern, Metallplatten, Gelenkprothesen?  ja  nein
5. Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent Make-Up?  ja  nein
6. Tragen Sie ein Hörgerät?  ja  nein
7. Tragen Sie eine Zahnprothese/Zahnsperre?  ja  nein
8. Tragen Sie Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen?  ja  nein
9. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt?  ja  nein
10. Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt?  ja  nein
11. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?  ja  nein
12. Leiden Sie unter Platzangst?  ja  nein
13. Bei Frauen – sind Sie schwanger?  ja  nein
14. Stillen Sie?  ja  nein
15. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?  ja  nein

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Einwilligung zur Untersuchung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Über die geplante Untersuchung hat mich Frau/Herr/Dr. \_\_\_\_\_ ausführlich informiert.

Dabei konnte ich alle mir wichtigen Fragen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen mehr und bin mit der Durchführung einer Kernspintomographie einverstanden. Eine Kopie des Aufklärungsbogen habe ich erhalten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass unter Wahrung datenschutzrechtlicher Bestimmungen meine Unterlagen im Behandlungsfall an die anfordernde Praxis oder das Krankenhaus weitergegeben werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_