

## Aufklärungsblatt PET/MR

## RAD-NUK - FM

gültig ab: 7.8.2014

Version 01

Seite 1 von 2

### GELTUNGSBEREICH UND ZWECK

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittelreaktionen oder durch Implantate besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen im Fragebogen zu beantworten.

Patient/inn/enetikette

1. Zeitpunkt der letzten Mahlzeit \_\_\_\_\_ Uhr
2. Gewicht \_\_\_\_\_ kg Körpergröße \_\_\_\_\_ cm
3. Haben oder hatten Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
4. Wurde bei Ihnen eine Operation am Herzen, am Kopf oder an einem Gelenk durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, haben Sie Implantate? Z.B. Defibrillator, Herzklappe  
Ohrenimplantate, Aneurysmaclip, Insulinpumpe, Schmerzpumpe, Gelenksprothese, Shunt,  
Port-a-Cath, Stent:

WELCHE: \_\_\_\_\_

5. Haben Sie Metallteile oder – Splitter im Körper? (z.B. Marknagel)  ja  nein

WELCHE: \_\_\_\_\_

6. Haben Sie schon einmal eine MR bzw. PET/MR Untersuchung gehabt?  ja  nein

Hat es dabei Probleme gegeben?  ja  nein

7. Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeiten?  ja  nein

WELCHE: \_\_\_\_\_

*Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind extrem selten.  
Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle.*

8. Haben Sie Angst vor engen Räumen?  ja  nein

9. Leiden Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?  ja  nein

WELCHE Medikamente \_\_\_\_\_

10. Hatten Sie innerhalb des letzten Jahres eine Operation oder Biopsie?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**11. Sind Sie tätowiert oder gepierct?**  ja  nein

**12. Hatten Sie jemals eine Chemotherapie?**  ja  nein

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**13. Hatten Sie jemals eine Strahlentherapie?**  ja  nein

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**14. Für Patientinnen:**

Können Sie schwanger sein?  ja  nein

*Bei stillenden Müttern bitte um Rücksprache*

Verhüten Sie mittels Kupferspirale?

*Wenn ja, besteht die Notwendigkeit zur Lagekontrolle im Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung*

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

.....  
.....

Der/die Patient/in stimmt der Untersuchung nicht zu!  
Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die Folgen aufgeklärt.

.....  
.....

.....  
Unterschrift Patient/in bzw.  
Gesetzlicher/e Vertreter/in

.....  
Name und Unterschrift Ärztin/Arzt

.....  
Datum/Uhrzeit

.....  
Name und Unterschrift RT