

CCNB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fragebogen MR-Untersuchung

Untersuchung: Magnetresonanz-Tomografie

Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie

Freie Universität Berlin

Name, Vorname:.................................................................................................................

Lesen Sie sich zu Ihrer eigenen Sicherheit diesen Fragebogen gründlich durch und beantworten Sie gewissenhaft alle Fragen. Wenn Sie sich nicht sicher sind oder eine Frage nicht verstehen, wenden Sie sich bitte an eine\*n unserer Mitarbeiter\*innen. Unterschreiben Sie anschließend den Fragebogen und lassen Sie sich von einer\*m Mitarbeiter\*in einweisen, bevor Sie den Magnet-Bereich betreten.

**Wichtig**: Aufgrund des sehr starken Magnetfeldes dürfen keinerlei Gegenstände oder Geräte, die aus Metall sind oder Metall enthalten könnten, mit in den Untersuchungsraum genommen werden. Legen Sie solche Gegenstände und Geräte (z.B. Mobiltelefone, Münzen, Kugelschreiber, Schlüssel, Haarspangen, Uhren, Schmuck, Brillen, Gürtel, Hörgeräte, Funkrufempfänger) unbedingt vorher ab!

Achtung: Der Magnet ist immer an!

Betreten Sie den Untersuchungsraum nur nach Aufforderung durch das Personal!

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Sind Sie Träger\*in eines Herzschrittmachers, Defibrillators, Hörgeräts, Medikamentenpumpe (Insulin?), Neurostimulators, Implantat mit Magnetventil (z.B. künstlicher Darmausgang)?  Wenn ja, welche? ………………………………………………………………………………… | Ja Nein |
| 2 | Wurden Sie schon einmal an Kopf oder Herz operiert?  Wenn ja, warum? …………………………………………………………………………………. | Ja Nein |
| 3 | Befinden sich **an** oder **auf** Ihrem Körper Metallteile oder metallhaltige Geräte (z.B. Beinprothesen, Elektroden, Katheter, Langzeit-EKG, Bestrahlungsquellen, Akupunkturnadeln, Piercing)?  Wenn ja, welche? ………………………………………………….….…abnehmbar? Ja Nein | Ja Nein |
| 4 | Befinden sich **in** Ihrem Körper Metallteile oder Implantate, die z.B. bei einer Operation oder Verletzung mit einem metallischen Fremdkörper in Ihren Körper gelangt sind (z.B. Hüftprothesen, künstliche Gelenke, Herzklappen, Gefäßverschlüsse oder ‑Erweiterungen, chirurgische Clips, Knochenschrauben oder ‑platten, Spirale, Shunts, Katheter, Elektroden, Spulen, Bestrahlungsquellen, Granatsplitter, Projektile, Stents)?  Wenn ja: welche?................................................................................................................. | Ja Nein |
| 5 | Tragen Sie **magnetische** fixierte Implantate (z. B. Zahnprothesen, Glasauge)? | Ja Nein |
| 6 | Haben Sie beruflich oder privat mit der Verarbeitung von Metallen zu tun? | Ja Nein |
| 7 | Tragen Sie (außer Amalgam-Füllungen) Zahnersatz, Brücken oder Zahnklammern/‑spangen?  Wenn ja: welche?.............................................................................abnehmbar? Ja Nein | Ja Nein |
| 8 | Leiden Sie unter einer schweren Erkrankung der Atemwege, des Herz-Kreislaufsystems oder des Bewegungssystems (z.B. Asthma, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Lähmungen)?  Wenn ja: welche?................................................................................................................. | Ja Nein |
| 9 | Leiden Sie unter Diabetes oder einem Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? | Ja Nein |
| 10 | Neigen Sie zu Klaustrophobie, Schwindel- oder Panikanfällen? | Ja Nein |
| 11 | Sind Sie tätowiert oder haben Sie ein permanentes Make-up? | Ja Nein |
| 12 | Ist bei Ihnen eine Kontrastmittel-Allergie bekannt? | Ja Nein |
| 13 | Leiden Sie unter anderen Allergien?  wenn ja, welche?............................................................... | Ja Nein |
| 14 | Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?  wenn ja, welche?........................................................................................ | Ja Nein |
| 15 | Haben Sie in den letzten 24 Stunden Medikamente oder Alkohol zu sich genommen? | Ja Nein |
| 16 | Leiden sie an Tinnitus? | Ja Nein |
| 17 | Sind sie Brillenträger\*in? wenn ja, welche Stärke? | Ja Nein |

**Nur von Frauen auszufüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 18 | Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind? | Ja Nein |
| 19 | Tragen Sie eine Kupferspirale? | Ja Nein |
|  |  |  |

Geburtsdatum: Gewicht:

Größe:

Ich habe diese Information und alle mich betreffenden Fragen verstanden und nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet.

Datum:……………………… Unterschrift:…………………………………………

**– – – – – – – – – – – – –** **wird vom Personal ausgefüllt – – – – – – – – – – – – –**

⬜ Untersuchung unbedenklich

⬜ KEINE Untersuchung möglich

Bemerkungen:.........................................................................................................................................

Datum:........................................... Unterschrift:..............................................................................