

MRT Fragebogen (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau Herr

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Beihilfe (nur privat) nein ja

Gewicht: _____ kg / Körpergröße: _____ cm

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? nein ja

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? nein ja

Sind in Ihrem Körper **Metallteile**? nein ja

Wenn ja, welche?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Port |
| <input type="checkbox"/> Cochlea-Implantat
(Ohr-Implantat) | <input type="checkbox"/> Shunt |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Augenlinse | <input type="checkbox"/> Metallsplitter |
| <input type="checkbox"/> Stents (in Gefäßen) | <input type="checkbox"/> Permanent Make-Up |
| <input type="checkbox"/> Gefäßclips | <input type="checkbox"/> Tattoos / Piercing |
| | <input type="checkbox"/> sonstiges
(z.B. loser Zahnersatz) |

Welche **Beschwerden** haben Sie an dem zu untersuchenden Körperteil? rechts links

Seit **wann** bestehen die Beschwerden?

Wann treten die Beschwerden auf?

in Ruhe bei Belastung nachts

Hatten Sie an diesem Körperteil/- abschnitt einen **Unfall** oder eine ungewöhnliche Belastung? nein ja

Wurden Sie an diesem Körperteil/-abschnitt **operiert**? (auch Arthroskopie/ Schlüsselloch) nein ja

Sind / waren Sie an Krebs erkrankt? nein ja
Welches Organ ist / war an Krebs erkrankt?

OP Wann? _____

Chemotherapie Wann? _____

Strahlentherapie Wann? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Sind sie Diabetiker? (Zuckerkrankheit) nein ja

Wenn ja, wie behandelt? Insulin Diät Tabletten

Haben/ Hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

- Eine Schilddrüsenüberfunktion? nein ja

- Heiße Knoten in der Schilddrüse? nein ja

Wenn ja, wie behandelt?

OP Wann? _____

Radio – Jod – Therapie Wann? _____

Haben/ Hatten Sie

- Ein Glaukom? nein ja

- Eine Herzerkrankung nein ja

- Eine Bluthochdruckerkrankung nein ja

- Eine Infektionserkrankung nein ja

(z.B. Hepatitis, AIDS, TBC)

Haben Sie eine chronische Erkrankung?

(z.B. COPD, Rheuma, Gicht) nein ja

Traten jemals Krampfanfälle oder Lähmungen auf?

(z.B. Epilepsie) nein ja

Leiden sie unter Klaustrophobie? nein ja

(Angst in engen Räumen)

Bestehen bekannte Allergien? nein ja

Wenn ja, welche? (ggf. Allergiepass vorlegen)

Besteht eine Kontrastmittelallergie? nein ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja

Einwilligungserklärung

Ich fühle mich ausreichend informiert und willige in die Untersuchung ein. nein ja

Mit einer evtl. intravenösen Kontrastmittel-Gabe bin ich einverstanden nein ja

Datum und Uhrzeit: _____

Unterschrift Patient/in (ggf. Erziehungsberechtigter)

