



MRT Fragebogen (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau Herr
 Name
 Vorname
 Geburtsdatum
 Straße
 PLZ/Wohnort
Telefon _____
 Krankenkasse
 Beihilfe (nur für Privatpatienten) nein ja

Gewicht :kg / **Körpergröße** :cm

Für Frauen:

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? Nein Ja
 Stillen Sie z.Zt.? Nein Ja

Zutreffendes ankreuzen NEIN
Haben / hatten Sie eines der folgenden Implantate/ Metallteile / Operationen?

Herzschrittmacher **Metallsplitter**
 (Bsp. Granatsplitter)

Künstliche Herzklappe **Pumpe / Sensor**
 (Bsp. Diabetes)

Ohr Implantat **Gefäßclips**
 (Bsp. Cochlea Implantat)

Shunt **sonstiges**
 Port (z.B. Zahnersatz / TEP / Gelenkersatz / Hörgeräte)

Künstliche Augenlinse

Bypass **Tattoos / Piercing**
 Stents (in Gefäßen) **Permanent Make-Up**

sonstige OP's am Kopf / Herz / Gefäßen / Ohren

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden: rechts
 links

Seit **wann** bestehen die Beschwerden?

Sind die Beschwerden durch einen **Unfall** oder eine ungewöhnliche Belastung entstanden? nein Ja

Wann?

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

Wann?

Zutreffendes ankreuzen

Besteht / bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- Krebserkrankung**
 Welches Organ?

 OP Wann?
 Chemotherapie Wann?
 Strahlentherapie Wann?
- Nierenerkrankung**

- Diabetes** (Zuckerkrankheit)
 Wie behandelt? Insulin Diät Tabletten
- Schilddrüsenerkrankung**
 Welche? Überfunktion Unterfunktion Heiße Knoten
 OP Radio – Jod – Therapie
 Wann?
- Glaukom/Augeninnendruckerhöhung**
- Herzkrankung**
- Bluthochdruck**
- Infektionserkrankung** (z.B. Hepatitis, AIDS, TBC)
- Chronische Erkrankung**
 (z.B. COPD, Rheuma, Gicht, Asthma)
Leiden Sie unter?
- Epilepsie**
- Klaustrophobie** (Angst in engen Räumen)
- Allergien** wenn ja, welche? (ggf. Allergiepass vorlegen)

- Kontrastmittelallergie**
- Histamin-Intoleranz**
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Einwilligungserklärung

- Ich fühle mich ausreichend informiert und willige in die Untersuchung ein
 - Mit einer intravenösen **Kontrastmittel-Gabe** bin ich einverstanden. Die Kontrastmittel Informationen (**siehe Rückseite**) habe ich gelesen und verstanden.
 - Ich verzichte auf eine Kopie des Aufklärungsbogens, der nachträglich jederzeit ausgehändigt werden kann.
- Datum und Uhrzeit: **X**
- X**
 Unterschrift Patient/in (ggf. Erziehungsberechtigter)

