

Fragebogen zur MRT-Untersuchung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Telefonnr. tagsüber: _____

Welcher Körperteil soll heute untersucht werden?

links rechts

Wo und seit wann sind die Beschwerden genau?

Haben/hatten Sie eine Tumorerkrankung?

ja nein

Hatten Sie an diesem Körperteil eine Operation?
Wenn ja, was wurde wann operiert?

Sind Sie chronisch krank (HIV, Hepatitis, sonst.)?

ja nein

Besteht bei Ihnen eine Nierenerkrankung?

ja nein

Haben Sie Allergien?

ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? Wenn ja, bitte sprechen Sie uns an!

ja nein

Haben Sie medizinische Geräte oder Implantate im/am Körper? Wenn ja, welche und wo?

Haben Sie Metall bzw. Metallimplantate im Körper (z.B. Gefäßclips, Metallsplitter o.ä.)? Wenn ja, welche und wo?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Patientinnen: Könnten Sie schwanger sein?

ja nein

Wenn aus ärztlicher Sicht eine medizinische Indikation besteht, erfolgt eine Kontrastmittelgabe. Sind Sie grundsätzlich damit einverstanden?

ja nein

Kam es bei einer früheren MRT-Untersuchung zu Unverträglichkeiten?

ja nein

Weitere Fragen beantworten Ihnen gern die Assistentin am Gerät oder der behandelnde Arzt. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zu der geplanten Untersuchung.

Datum und Unterschrift