

MRT-Fragebogen

Name:.....
Vorname:.....
Straße:.....
PLZ:..... **Wohnort:**.....
Krankenkasse :.....
 Beihilfe (nur privat) nein ja
Geb.- Dat:..... **Tel:**.....

Händigen Sie uns bitte Röntgen-, CT-oder MRT- Bilder
sowie Arztberichte von Voruntersuchungen des heute
zu untersuchenden Körperabschnitts schon vor Beginn
der Untersuchung aus.
Sie fördern damit die exakte Diagnoseerstellung

Welches **Körpergewicht** / - **größe** haben Sie?

..... kgcm

Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnte eine **Schwangerschaft** bestehen?

nein ja

**Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte
sehr sorgfältig und füllen Sie das Formular
vollständig aus! Zutreffendes bitte ankreuzen!**

Wo und **wie** sind die **Beschwerden** ?

(bitte genau beschreiben)

.....

.....

.....

Wobei treten die Beschwerden auf ?

in Ruhe bei Belastung nachts

Seit WANN bestehen die Beschwerden?

.....

Hatten Sie am zu untersuchenden Körperteil / -
abschnitt einen **Unfall** oder eine ungewöhnliche
Belastung ? nein ja

Was genau und wann?

.....

.....

Wurden Sie am heute zu untersuchenden Körperteil/ -
abschnitt bereits **operiert** ?
(auch Arthroskopie / Schlüsselloch-Chirurgie)

nein ja

Wenn ja, **welche OP** und **wann**?

.....

.....

.....

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
 nein ja
Sind in Ihrem Körper Metallteile?
 nein ja
 Wenn ja, welche ?
 Künstliche Herzklappe
 Cochlea-Implantat (Ohr-Implantat)
 Künstliche Linse (Auge)
 Stents (in Gefäßen) **Shunt**
 Gefäßclips **Metallsplitter**
 Port **Perman. Make-Up/**
 sonstiges **Tattoos**

Besteht bei Ihnen eine Nierenerkrankung?
 nein ja
 Wenn ja, welche?
Bestehen bekannte Allergien?
 nein ja
 Wenn ja, welche?.....
Kam es bei einer früheren MRT-Untersuchung zu
Unverträglichkeitserscheinungen?
 nein ja

Haben Sie ein Glaukom (Grüner Star)?
 nein ja
Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?
 nein ja
 Wenn ja, wie behandelt?
 Insulin Diät Tabletten
 Wenn Tabletten, welche?

Sind / waren Sie **Krebspatient** /in? nein ja

Welches Organ ist / war an Krebs erkrankt

.....

Operation Wann?

Chemotherapie Wann?

Strahlentherapie Wann?

Wie sind Sie auf unser Institut aufmerksam geworden?

Internet Telefonbuch Überweisung

Empfehlung Zeitung

Einwilligungserklärung

Ich willige in die Untersuchung ein:

nein ja

Mit einer evtl. intravenösen **Kontrastmittel**-Gabe bin
ich einverstanden:

nein ja

Datum:

Unterschrift Patient/in (ggf. Erziehungsberechtigter)