

MRT Fragebogen (bitte in Druckschrift schreiben)

Frau Herr

Name

Vorname

Straße

PLZ Ort

Krankenkasse

Beihilfe (nur privat) nein ja

Geb.Dat. Tel.

Wie sind Sie auf unser Institut aufmerksam geworden?

- Überweisung Empfehlung Telefonbuch
 Zeitung Internet

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

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

.....kgcm

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? nein ja

Wo und **wie** sind die **Beschwerden**? rechts links
(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?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Port |
| <input type="checkbox"/> Cochlea-Implantat
(Ohr-Implantat) | <input type="checkbox"/> Shunt |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Linse (Auge) | <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 |

Besteht bei Ihnen eine **Nierenerkrankung**? nein ja

Wenn ja, welche?

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?.....

Bestehen bekannte **Allergien**? nein ja

Wenn ja, welche?.....

Kam es bei einer früheren MRT-Untersuchung zu **Unverträglichkeitserscheinungen**? nein ja

Wenn ja, welche?.....

Haben/Hatten Sie eine Infektionskrankheiten?
(z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc) nein ja

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

Welches Organ ist/war an Krebs erkrankt?

.....

OP Wann?.....

Chemotherapie Wann?.....

Strahlentherapie Wann?.....

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.

Einwilligungserklärung

Ich willige in die Untersuchung ein: nein ja

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

Datum **x**

x
Unterschrift Patient/in (ggf. Erziehungsberechtigter)