


Fragebogen zur MRT der Brust (MR-Mammographie)

.....
Name, Vorname

.....
Geb.-Datum

.....
Tel.-Nummer

.....
 Krankenkasse

KM:..... ml

.....


MTAR.....


- Welches **Körpergewicht** und welche **Körpergröße** haben Sie? kg cm
- Hatten Sie eine **Brust-Operation**? nein ja rechts links
- Haben Sie **Silikonimplantate**? nein ja
- 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
Wenn ja, welche?
.....
- Haben Sie ein **Glaukom** (Grüner Star)? nein ja
- Leiden Sie an **Diabetes** (Zuckerkrankheit)? nein ja
- Sind in Ihrem Körper **Metallteile**? nein ja Wenn ja, welche?

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Stents	<input type="checkbox"/>	Metallsplitter	<input type="checkbox"/>
Künstliche Linse (Auge)	<input type="checkbox"/>	Shunt	<input type="checkbox"/>	Tattoos	<input type="checkbox"/>
Cochlea-Implantat	<input type="checkbox"/>	Port	<input type="checkbox"/>	Permanent Make-Up	<input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	Gefäßclips	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Einwilligungserklärung

Ich willige in die Untersuchung ein. Mit einer intravenösen Kontrastmittel-Gabe bin ich einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patientin



DBT
DIAGNOSTISCHES
BRUSTZENTRUM
TEMPELHOF



MRCT
INSTITUT FÜR
COMPUTERTOMOGRAPHIE
UND KERNSPINTOMOGRAPHIE

Radiologische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Jörg Büsselberg
Andreas Gierke
Dipl.-Med. Jacqueline Janke *
Elke Magerl *
Dr. med. Ulf Weyrauch
Uta Konschake *

*angestellte Ärzte

Mariendorfer Damm 26
12109 Berlin-Tempelhof

In regelmäßigen Abständen erfolgen sowohl durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin als auch durch die Ärztekammer Berlin Qualitätsüberprüfungen durchgeführter Untersuchungen. Hierzu müssen folgende Patientendaten an diese Institutionen unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen im Gesundheitswesen weitergegeben werden:

Name, Geburtsdatum, Untersuchungstag und Ergebnis der Untersuchung

Ich bin mit der Datenübermittlung einverstanden. Ja nein

X.....
Datum

X.....
Unterschrift Patientin