

MRT- Erhebungsbogen



Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Kreatinin-Wert _____

1. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie?

2. Seit wann haben Sie die Beschwerden? Hatten Sie einen Unfall?

3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Wenn ja, dann kann die Untersuchung nicht durchgeführt werden.

4. In / an meinem Körper befinden sich:

Elektronische Implantate / Fremdkörper (bitte ankreuzen) ja nein

z.B. Insulinpumpe , Defibrillator , _____ Wenn ja, wo & welche?

Neurostimulator , Herzschrittmacher ,

künstliche Herzklappe , Eventrecorder , Port ,

Hörgerät , Cochlea-Implantat , Aneurysma-Clip , Sonstiges

5. In / an meinem Körper befinden sich:

Metallische Implantate / Fremdkörper (bitte ankreuzen) ja nein

z.B. Granatsplitter , Clips , Klammern , _____ Wenn ja, wo & welche?

Metallsplitter z.B. am Auge , Gelenkprothese ,

Knochenschrauben , chirurgische Drähte , Port ,

Shunt (VP-Shunt) , Gefäßprothese (Stent) ,

gynäkologische Spirale * , Zahnersatz , Kronen ,

Tätowierung , Permanent-Make-up , Piercing , Sonstiges

6. Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? ja nein

7. Sind Sie schon einmal an der zu untersuchenden

Region operiert worden? ja nein

8. Leiden Sie unter Platzangst? (z.B. beim Aufzugfahren) ja nein

9. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? ja nein

10. Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt? ja nein

11. Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ja nein

12. Ist bei Ihnen eine Infektionserkrankung bekannt?

(z.B. HIV, Hepatitis) ja nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und den Erhalt dieses Erhebungsbogens im Original oder in Kopie nach der Untersuchung. Ich habe die „Wichtige Patienteninformation MRT“ gelesen und keine weiteren Fragen. Mit der geplanten Untersuchung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift

*(gynäkologische Kontrolle empfohlen)