

# MRT

Name..... Vorname..... Geb.-Datum..... **Gewicht.....kg** Datum.....

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und Risiken besser einschätzen zu können, benötigen wir folgende Angaben.

1. Sind Sie am **Herzen** operiert worden oder tragen Sie einen Herz**schrittmacher**?  ja  nein
  
2. Wurde innerhalb der **letzten 6 Monate eine Operation** mit Metallclipsen durchgeführt oder haben Sie **Gelenkersatz aus Metall**?  ja  nein
  
3. Andere **Metallteile** im Körper (auch Piercings!, Zahnspange,-ersatz, Granatsplitter, Hörgerät)?  ja  nein
  
4. Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. **Zucker**krankheit) bekannt und **welche Medikamente** nehmen Sie hierfür ein?  ja  nein
  
5. Besteht bei Ihnen eine **Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion**, (z.B. Pflaster, Nahrungsmittel, Medikamente)?  ja  nein
  
6. Besteht bei Ihnen **Platzangst**?  ja  nein
  
7. Wurde bei Ihnen schon **früher** einmal eine **Kernspintomographie** durchgeführt, wo, wann und welches Organ?  ja  nein  
.....  
.....
  
8. Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein?  ja  nein
  
9. Tragen Sie eine Intrauterin-**Spirale**? Dann wäre eine anschließende Gynäkologische Lagekontrolle notwendig!  ja  nein
  
10. Leiden Sie unter einer **Immunschwächeerkrankung** (z.B. HIV) oder einer **Leberentzündung** (Hepatitis)?  ja  nein

8. Wo haben Sie **Schmerzen** bzw. Beschwerden ?

.....  
.....  
.....

9. **Wie lange** bestehen diese Beschwerden schon? Hatten Sie diese schon früher ?

.....  
.....

10. Hatten Sie ein **Trauma/ einen Unfall**( z.B. Sturz o.ä. )? Was ist genau passiert, wann und wo?

.....  
.....  
.....

11. Hatten Sie eine **Krebs**-Vorerkrankung ? Wurden Sie mit Chemotherapie oder Strahlentherapie behandelt? Welche Form und wann ?

.....  
.....  
.....

12. Wurden **im zu untersuchenden Körperbereich** bereits **Operationen** durchgeführt, **wo und wann**?

.....  
.....  
.....

---

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich ausreichend aufgeklärt, nachdem ich alles gelesen und verstanden habe, und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Bei Gabe eines **Beruhigungsmittels** werden ich von.....nachhause begleitet.

Laut § 73 ABS. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Radiologische Praxis Befunde/Bilder bei weiteren Ärzten einholt und bei mir erhobene Befunde/Bilder anderen Ärzten übermittelt  ja  nein

---

Datum      Unterschrift der Patientin/des Patienten/ der Eltern      der Begleitperson