

MRT

Datum

Name		Größe	
Vorname		Gewicht	
Geb. Datum		Telefon Nr.	

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

Sind Sie am Herzen operiert worden oder tragen Sie einen Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Haben Sie einen Gelenkersatz aus Metall	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wo?
Wo haben Sie Metallteile oder Fremdkörper im Körper (auch Piercings, Zahnspange, Zahnersatz, Granatsplitte, Hörgerät)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wo?
Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeitsreaktion / Allergie (z.B. Pflaster, Kontrastmittel)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Besteht bei Ihnen Platzangst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wurde früher schon ein MRT durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Körperregion? Wann? Wo?
Könnten Sie schwanger sein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Tragen Sie eine Intrauterin-Spirale? Dann wäre eine anschließende gynäkologische Lagekontrolle notwendig!	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leiden Sie unter einer Immunschwächeerkrankung (z.B. HIV) oder einer Leberentzündung (Hepatitis)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wurden <u>im zu untersuchenden Körperbereich</u> bereits <u>Operationen</u> durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welches Organ? Wann?
Berufliche Tätigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welche?
bitte wenden		

Welche Beschwerden haben Sie? Welcher Bereich ist betroffen?		
Hatten Sie ein Trauma / einen Unfall (z.B. Sturz o.ä.)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Was ist genau passiert, wann und wo?
Seit wann bestehen diese Beschwerden schon? Hatten Sie diese schon früher ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Datum? Möglichst genau.
Hatten Sie eine Krebs -Vorerkrankung ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wann? Welche?
Welche Sportarten betreiben Sie?		

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.

ja nein

Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

ja nein

Haben Sie für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel eingenommen?

Wenn ja, werde ich von.....nach Hause 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 Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen	
Unterschrift Begleitperson	

Die Datenschutzbestimmungen finden Sie in den Wartezimmern als Aushang. Bei Bedarf erhalten Sie ein persönliches Exemplar am Patientenempfang. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis.

Datum	
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen	
Unterschrift Begleitperson	