

# FRAGEBOGEN ZUR MRT-UNTERSUCHUNG

NAME, VORNAME \_\_\_\_\_

GEB. AM \_\_\_\_\_

GEWICHT: \_\_\_\_\_

GRÖSSE \_\_\_\_\_

**Bitte händigen Sie uns Voraufnahmen sowie Arztberichte von Voruntersuchungen des zu untersuchenden Körperabschnittes schon vor Beginn der Untersuchung aus. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus!**

1) Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes? (Bitte kurze Beschreibung der Symptome)

\_\_\_\_\_

seit wann: \_\_\_\_\_

2) Bitte geben Sie die betroffene Körperseite an.

links  rechts

3) Wurden Sie bereits im Bereich/am Organ der zu untersuchenden Körperregion operiert?

ja  nein WANN \_\_\_\_\_

4) Ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit bekannt (z.B. Tuberkulose, AIDS, Hepatitis) oder liegt eine eingeschränkte Nierenfunktion vor?

ja  nein

5) Sind/ waren Sie Krebspatient?

ja  nein

6) Welches Organ war/ist an Krebs erkrankt?

\_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ WANN \_\_\_\_\_

STRAHLENTHERAPIE \_\_\_\_\_ WANN \_\_\_\_\_

CHEMOTHERAPIE \_\_\_\_\_ WANN \_\_\_\_\_

7) Gab es Unverträglichkeitserscheinungen oder Probleme bei früheren MRT-Untersuchungen?

ja  nein

8) Bestehen Allergien z.B. bei Medikamenten, Heuschnupfen, Nahrungsmitteln oder Kosmetika? (Ggf. Allergiepass vorlegen!)

ja  nein

9) Leiden Sie an Klaustrophobie? (Beklemmungen in engen Räumen)

ja  nein

**Haben Sie noch Fragen? Wenn Sie noch Fragen haben, können diese mit unserem/ unserer Assistent/in vor Untersuchungsbeginn geklärt werden.**

Vermerke der Ärztin/des Arztes \_\_\_\_\_  
zum Aufklärungsgespräch: \_\_\_\_\_

UNTERSCHRIFT DER ÄRZTIN/DES ARZTES

10) Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder andere elektrische Geräte wie z.B. Insulinpumpe, Hörgerät, Defibrillator, Neurostimulator?

ja  nein

11) Sind in/an Ihrem Körper Metallteile (z.B. Gefäßclips, Stents, Metallsplinter, Metallprothesen, Implantate, Spirale)? Tragen Sie ein Piercing oder eine herausnehmbare Zahnprothese?

ja  nein

Wenn ja: Welche Metallteile, an welcher Stelle?

\_\_\_\_\_

12) Haben Sie jemals einen Metallsplinter ins Auge bekommen?

ja  nein

13) Wurde dieser Splitter durch einen Augenarzt vollständig entfernt?

ja  nein

14) Haben Sie ein Permanent-Make-Up oder Tätowierungen?

ja  nein

15) Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt?

ja  nein

Stillen Sie zurzeit?

ja  nein

Ich wünsche eine Kopie des ausgefüllten Aufklärungsbogens.

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG:

(bitte ankreuzen)

Ich habe den Aufklärungsbogen sorgsam gelesen und bin über die geplante Untersuchung ausführlich informiert. Ich versichere, dass ich sämtliche Fragen vollständig und nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die angeordnete Untersuchung ein.

Sollte bei der Untersuchung eine Kontrastmittel-Injektion sinnvoll sein, bin ich damit einverstanden.

Ich willige ein, dass meine Daten (EU DSGVO konform) für meine Behandlung gespeichert und ggf. übermittelt werden.

ORT, DATUM \_\_\_\_\_

UNTERSCHRIFT PATIENT/IN BZW. SORGBERECHTIGTE/ER