

Patientenfragebogen (MRT)

Angeforderte MRT-Untersuchung:

Patientenname:

Geb.:

Größe: cm,

Gewicht: kg

Telefon:

Überweisender Arzt:

Krankenversicherung:

Zusatzversicherung

nein / ja

Wenn ja, welche?.....

Tragen sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

nein / ja

Haben Sie in Ihrem Körper Metallteile?

nein / ja

(z. B. Metallprothesen, Metallsplitterverletzungen, Clips nach Operationen, Piercing, Insulinpumpen, Cochleaimplantate, Hörgeräte, Zahnprothesen, Tattoos)

Wenn ja, welche?.....

Wurden Sie schon einmal operiert?

nein / ja

Wenn ja, was?

Liegen Voruntersuchungen vor (CT/ MRT/ Katheter)?

nein / ja

Wenn ja, wann und wo?.....

Traten bereits allergische Reaktionen nach Kontrastmittelgaben auf?

nein / ja

Wenn ja, welche?

Bestehen weitere Allergien?

nein / ja

Wenn ja, welche?

Sind Stoffwechselerkrankungen bekannt?

nein / ja

Leber Nieren Lungen Gefäße Herz Nervensystem

Benutzen Sie Medikamentenpflaster?

nein / ja

Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen?

nein / ja

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die Untersuchung ein.

Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Datum:

Unterschrift: