
Name Vorname Geb. Größe / Gewicht

*Eine Untersuchung ist in diesen Fällen **nicht** möglich:*

Sind oder waren Sie Träger eines:

<i>Herzschrittmachers</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Innenohrimplantates</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Defibrillators</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Hirnschrittmachers</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Neurostimulators</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wurde das Organ/Körperteil, dass heute im MRT dargestellt werden soll, bereits in einer anderen Einrichtung untersucht?

Röntgen - Wo? _____ CT - Wo? _____ MRT - Wo? _____

Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile (z. B. Metallprothesen, Granatsplitter) ja nein
(Fester Zahnersatz ist nicht von Bedeutung)

Haben Sie eine Implantation:

künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gefäßprothese/Stents	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gefäßklips	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hirnwasserableitung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamentenpumpe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haben Sie Tätowierungen? ja nein

Ist eine Allergie auf MRT Kontrastmittel bekannt? ja nein
(MRT Kontrastmittel enthält kein Jod!)

Sind sonstige Allergien bekannt? (Allergie - Paß?) ja nein

Leiden Sie an Angst in engen Räumen (Klaustrophobie)? ja nein

Ist eine fortgeschrittene Nierenerkrankung („Niereninsuffizienz“) bekannt? ja nein

Haben Sie in den letzten 2 Stunden etwas gegessen (MRT Bauch ca. 4 Stunden)? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein, Welche SSW?: _____ Stillen Sie? ja nein

Operationen / Vorerkrankungen? _____

Welche Beschwerden haben Sie (z.B. Schmerzen / Ausstrahlung / Seite / seit wann?)

Den Informationsbogen habe ich gelesen.

Ich willige in die Durchführung der MRT-Untersuchung ein.

Mit einer eventuell erforderlichen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

Über die Risiken und die Notwendigkeit der Kontrastmittelgabe bin ich aufgeklärt worden.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass mir dieser Fragebogen vor der Untersuchung vorlag und dass alle meine Fragen beantwortet wurden.