



Fragebogen Magnetresonanz-Tomographie (MRT)

Bitte geben Sie dieses Formular vor der Untersuchung ab.

Name Patient/in				
Geb.-Dat.	Zi-Nr.	Gewicht (kg)	Größe (cm)	MTD
Haben Sie schon mal eine MRT-Untersuchung gehabt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Wenn ja, hat es dabei Probleme gegeben? Welche?				
Leiden Sie unter Platzangst? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?				
Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten*? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Wenn ja, welche:				
Haben Sie Asthma? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?				
Wurde bei Ihnen eine Operation am Herzen, am Kopf oder an einem Gelenk durchgeführt?				
Wenn ja, haben Sie Implantate? Welche? z.B. Defibrillator, Herzklappe, Ohrimplantat, Aneurysmaclip, Schmerzpumpe oder Gelenksprothese?				
Bitte nehmen Sie Ihren Implantpass zur Untersuchung mit!				
Tragen Sie Metallteile oder -splitter im Körper? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
z.B. Marknagel, Verletzung, metallverarbeitender Beruf ...				
Wenn ja, welche?				
Sind Sie tätowiert, tragen Sie Körperschmuck (Piercing)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Für Patientinnen: Verhüten Sie mittels Spirale? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Ich bin mit einer eventuellen intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Für MRT der Prostata: Wie hoch ist der PSA-Wert?				

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden.

Datum/Uhrzeit	Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt/RT	Name und Unterschrift MTD
---------------	---	-----------------------------	---------------------------

* Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind extrem selten. Jodallergien spielen bei dieser Unverträglichkeit keine Rolle.