



Fragebogen Magnetresonanz-Tomographie (MRT)

Bitte geben Sie dieses Formular vor der Untersuchung ab.

Name Patient/in				
Geb.-Dat.	Zi-Nr.	Gewicht (kg)	Größe (cm)	Krea/GFR

Haben Sie schon mal eine MRT-Untersuchung gehabt? Ja Nein

Wenn ja, hat es dabei Probleme gegeben? Welche?

Leiden Sie unter Platzangst?

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?

Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?

Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten*?

Wenn ja, welche:

Haben Sie Asthma?

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 Gelenkprothese?

Bitte nehmen Sie Ihren Implantpass zur Untersuchung mit!

Tragen Sie Metallteile oder -splitter im Körper?

z.B. Marknagel, Kriegsverletzung, metallverarbeitender Beruf ...

Wenn ja, welche?

Sind Sie tätowiert, tragen Sie Körperschmuck (Piercing)?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Für Patientinnen: Verhüten Sie mittels Spirale?

Ich bin mit einer eventuellen intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden.

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 und Uhrzeit	Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter	Name und Unterschrift Ärztin/Arzt	Name und Unterschrift MTD
-------------------	--	-----------------------------------	---------------------------

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