

MRT Fragebogen

Name:

1. **Tragen Sie einen Herzschrittmacher?** ja nein
2. **Wurde bei Ihnen eine Operation am Herz oder Kopf durchgeführt?** ja nein
Wenn ja: Haben Sie Implantate?
 Herzklappe
 Ohrimplantat
 Aneurysmaclip
 Defibrillator
 Insulinpumpe
 Schmerzpumpe
 Stent
 Sonstiges:
3. **Tragen Sie ein Hörgerät?** ja nein
Wenn ja, bitte vor der Untersuchung ablegen!
4. **Wurde bei Ihnen eine Operation an einem Gelenk durchgeführt?** ja nein
 Gelenkprothese
 Verschraubung/Verplattung
5. **Haben Sie Metallteile oder -splitter (Marknagel, ...) im Körper?** ja nein
Wenn ja, welche:
6. **Haben Sie schon einmal eine MR-Untersuchung gehabt?** ja nein
Hat es dabei Probleme gegeben? ja nein
Wenn ja, welche:
7. **Leiden Sie unter Platzangst?** ja nein
8. **Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?** ja nein
9. **Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?** ja nein weiß nicht
Wenn ja, welche:
10. **Sind Sie tätowiert oder tragen Sie Körperschmuck (Piercing)?** ja nein
11. **Könnten Sie schwanger sein?** ja nein weiß nicht

Körpergewicht

Körpergröße



Bitte wenden !

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

.....
Unterschrift der/des Patientin/en

.....
Name und Unterschrift von Ärztin/Arzt

.....
Datum / Uhrzeit

.....
Name und Unterschrift der/des MTD

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

.....

Der Patient stimmt der Untersuchung nicht zu.

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde die Patientin / der Patient über die Folgen aufgeklärt.

.....

.....