

Fragebogen zur Magnetresonanztomographie

Patient: _____ geb. am: _____

Sehr geehrte liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Bitte beachten Sie den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“.

Aktuelle Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

1. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
2. Haben Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator, Neurostimulator? ja nein
3. Hatten Sie Herz- oder Hirnoperationen? ja nein
4. Tragen Sie ein Hörgerät oder eine herausnehmbare Zahnprothese?
(wenn ja, nehmen Sie es/sie bitte vor Untersuchungsbeginn heraus) ja nein
5. Sind Sie schon einmal operiert worden? Falls ja an welchem Körperteil/Organ: ja nein

6. Sind in/an Ihrem Körper evtl. Metallteile? (Clips nach Operationen,
frühere Metallsplittersverletzungen oder Schussverletzungen)
Piercings müssen vor der Untersuchung entfernt werden. ja nein
7. Besteht eine schwere Nierenfunktionsstörung? ja nein
8. Ist eine Lebertransplantation geplant oder erfolgt? ja nein
9. Haben Sie Diabetes? ja Tragen Sie einen Zuckermesssensor? ja nein
10. Haben Sie Platzangst? ja nein
11. Haben Sie Allergien? (Medikamente, Nahrungsmittel, Kosmetika, Kontrastmittel,..) ja nein

12. Auf welcher Seite haben Sie Beschwerden? links rechts
13. Ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit (Tuberkulose,
Hepatitis, AIDS) bekannt? ja nein
14. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein
15. Haben Sie Voraufnahmen zur heutigen Untersuchung auf CD oder Ausdruck **dabei?** ja nein
Bitte geben Sie die CD mit diesem Fragebogen ab.

**Ich bin vorsorglich mit der Gabe von MR-Kontrastmittel einverstanden,
sollte es im Verlauf der Untersuchung notwendig werden.** ja nein

Datum: _____

Unterschrift Patient (Pat. unter 18 Jahren
bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

wird von Praxis ausgefüllt: Harnstoff: Crea: