DIAGNOSEZENTRUM FAVORITEN

© Diagnosezentrum
Favoriten GmbH
Version 3, 11/2015
Erstellt, geprüft: QM
Freigabe: GF

Magnetresonanz-Tomographie (MRT)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!
Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen genau zu beantworten, um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können. Sollten Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizintechnische Personal oder den untersuchenden Arzt.

Name: .....

Geburtsdatum: ...../...../..... Größe: ..... cm, Gewicht: ..... kg

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe, eine Insulinpumpe oder einen Defibrillator? ☐ Nein ☐ Ja

Befinden sich andere Teile aus Metall im Körper?
(z.B. Prothesen, Hörgeräte, Granatsplitter, Gefäßklips, Piercings) ☐ Nein ☐ Ja

Wurden Sie schon einmal an Kopf oder Herz operiert? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Tätowierungen oder Permanent Make-Up? ☐ Nein ☐ Ja

Wurde bei Ihnen schon eine MRT-Untersuchung durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie schon einmal MRT-Kontrastmittel bekommen? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja – traten nach der Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja – welche?

.....

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (Hepatits,HIV) ☐ Nein ☐ Ja

Leiden Sie an Klaustrophobie (Angst in engen Räumen)? ☐ Nein ☐ Ja
WENN JA – BITTE AM SCHALTER MELDEN!!

Für Patientinnen: **Stillen Sie?** ☐ Nein ☐ Ja
Könnten Sie schwanger sein? ☐ Nein ☐ Ja
Verhüten Sie mit einer Kupferspirale? ☐ Nein ☐ Ja

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Der vorgeschlagenen Untersuchung stimme ich zu.

....
Datum Unterschrift d. Patient/in

Überprüfung der oben angeführten Punkte durch RT: .....