

Name	Größe
Vorname	Gewicht
Geb. Datum	Telefon Nr.

Welche Beschwerden haben Sie? (Beschwerden bitte beschreiben) <b>Welcher Bereich ist betroffen?</b>		
Hatten Sie ein <b>Trauma / einen Unfall</b> (z.B. Sturz o.ä.)? Hergang bitte Beschreiben (wobei; welcher Körperteil ist betroffen).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<b>Seit wann</b> bestehen diese Beschwerden schon? Hatten Sie diese schon früher?		
Hatten Sie eine <b>Krebs</b> -Vorerkrankung? <b>Wann?</b> <b>Welche?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Welche <b>Sportarten</b> betreiben Sie?		

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und Risiken besser einschätzen zu können, benötigen wir folgende Angaben.

Sind Sie am Herzen operiert worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Haben Sie einen Gelenkersatz aus Metall?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Wo?</b>
Haben Sie Metallteile oder Fremdkörper im Körper (auch Piercings, Zahnsperre, Zahnersatz, Granatsplitter, <b>Hörgerät</b> )?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Wo?</b>
Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeitsreaktion / Allergie (z.B. Pflaster, Kontrastmittel)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Besteht bei Ihnen Platzangst?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Bitte wenden

Wurde früher schon ein MRT durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Körperregion?  Wann?  In welcher Praxis?
Könnten Sie schwanger sein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Tragen Sie eine Intrauterin-Spirale?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leiden Sie unter einer Immunschwäche- erkrankung (z.B. HIV) oder einer Leberentzündung (Hepatitis)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wurden <u>im zu untersuchenden Körper- bereich</u> bereits <u>Operationen</u> oder <u>Arthroskopien</u> durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welches Organ? Wann?
Berufliche Tätigkeit		

<p><b>Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt, nachdem ich alles gelesen und verstanden habe und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</p>
<p>Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.</p> <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</p>
<p>Haben Sie für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel eingenommen? <b>Wenn ja,</b> werde ich von.....nach Hause begleitet.</p>
<p><b>Für Privatversicherte:</b> Wünschen Sie einen ausführlichen Befundbericht?</p> <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</p>
<p>Hiermit willige ich im Sinne des § 73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Radiologische Praxis Befunde, Daten und Bilder bei weiteren Ärzten einholt und bei mir erhobene Befunde, Daten und Bilder anderen Ärzten, sowie anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung nach § 630a Abs.1 BGB übermittelt. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.</p> <p>Ich habe das Recht jederzeit auf Antrag eine Auskunft über die von mir gespeicherten Daten und Einsicht in meine Patientenakte zu erhalten. Meinerseits gilt die Benachrichtigung über Datenspeicherungen gem § 33 BDGS hiermit als erfolgt.</p> <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</p>
<p>Die Datenschutzbestimmungen finden Sie in den Wartezimmern als Aushang. Bei Bedarf erhalten Sie ein persönliches Exemplar am Patientenempfang. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis.</p>

Datum	
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen	
Unterschrift Begleitperson	