

MRT

Datum

.....

Name		Größe	
Vorname		Gewicht	
Geb. Datum		Telefon Nr.	

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

Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen?	☐ nein	☐ ja Wenn ja, haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen? ☐ nein ☐ ja
Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?	☐ nein	☐ ja Welche?
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? (Nierenfunktionsstörung, Tumor, Z.n.)	☐ nein	☐ ja
Sind bei Ihnen Herzrhythmusstörungen bekannt, oder wurden Sie am Herzen operiert?	☐ nein	☐ ja
Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)	☐ nein	☐ ja Welche?
Besteht bei Ihnen eine Schädigung des Gehörs oder eine Schwerhörigkeit?	☐ nein	☐ ja
Leiden Sie unter Platzangst (Klaustrophobie)?	☐ nein	☐ ja
Für Frauen: Könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft bestehen? Stillen Sie? Tragen Sie eine Intrauterinspirale?	☐ nein ☐ nein ☐ nein	☐ ja ☐ ja ☐ ja Sie sollten nach der Untersuchung den Sitz der Spirale bei ihrem Gynäkologen überprüfen lassen.
Welchen Beruf üben Sie aus, bzw. haben Sie ausgeübt?	Hier geht es um die körperliche Belastung bzw. Schadstoffbelastung.	
Sind Sie in ihrem Beruf durch Metallsplitter gefährdet?	☐ nein	☐ ja

Wurde bei Ihnen schon ein MRT durchgeführt? Wann und wo?	☐ nein	☐ ja WANN? PRAXIS? Welcher Körperteil?
Welche aktuellen Beschwerden haben Sie, aufgrund derer wir die Untersuchung durchführen? Bitte genau beschreiben .		
Hatten Sie einen Unfall? (z.B. Sturz o.ä.) Bitte genau beschreiben wobei .	☐ nein	☐ ja Was ist genau passiert, wann?
Seit wann bestehen diese Beschwerden schon? Hatten Sie diese schon früher?	☐ nein	Zeitraum, möglichst genau. ☐ ja WANN?
Wurden Operationen bzw. Arthroskopien im zu untersuchenden Bereich durchgeführt?	☐ nein	☐ ja WANN?
Hatten Sie eine Krebs -Vorerkrankung?	☐ nein	☐ ja WANN? Welches Organ?
Welche Sportarten betreiben Sie?		

Vorhandenes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Gelenkersatz |
| ☐ Clips im Hirnbereich oder Bereich der Gefäß/Aorta | ☐ Zahnersatz |
| ☐ Neurostimulator (TENS-Einheit) | ☐ Künstliche Herzklappe |
| ☐ Metallstifte in Knochen oder Gelenken | ☐ Insulinpumpe |
| ☐ Metallgitter oder Drahtnähte | ☐ Elektroden |
| ☐ Schrapnellteile, Splitterverletzungen, Metallsplitter in den Augen | ☐ Shunt (z.B. Gehirn) |
| ☐ Hörgeräte | ☐ Gefäßprothesen/Stent |
| ☐ Tätowierungen/Permanent-Make-Up | ☐ osteosynthetisch behandelte Knochenbrüche |
| ☐ Cochlea-Implantate | (Metallstäbe, -platten, -nadeln, Stäbe, Nägel, Clips) |
| ☐ Sonstige Metallteile: | |

Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt, nachdem ich alles gelesen und verstanden habe, und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

☐ ja ☐ nein

Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. ☐ ja ☐ nein

Haben Sie für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel eingenommen?
Wenn ja, werde ich von nach Hause begleitet.

Hiermit willige ich im Sinne des § 73 Abs. 1b SGB V 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.

Ich habe das Recht, jederzeit auf Antrag eine Auskunft über die von mir gespeicherten Daten und Einsicht in meine Patientenakte zu erhalten. Die Benachrichtigung meinerseits über Datenspeicherung gem. § 33 BDGS gilt hiermit als erfolgt.

Die Datenschutzbestimmungen finden Sie in den Wartezimmern als Aushang. Bei Bedarf erhalten Sie ein persönliches Exemplar am Patientenempfang. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisaufnahme und Ihr Einverständnis.

Datum Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen