



MRT FRAGEBOGEN

ANAMNESE

Dieser Teil wird von einer AssistentIn ausgefüllt

Hatten Sie Operationen im Untersuchungsbereich? ja nein
 Wenn ja, welche, wann?

Hatten Sie eine Verletzung/Trauma im Untersuchungsbereich? ja nein
 Wenn ja, wann?

Wo genau haben Sie Ihre Schmerzen? Seit wann?

rechts links innen außen vorne hinten keine

Um Komplikationen zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Haben oder hatten Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

2. Wurde bei Ihnen eine Operation am Herz, Kopf oder an einem Gelenk durchgeführt? ja nein
 Haben Sie Implantate? z.B. Defibrillator, Herzklappe, Ohrimplantat, Aneurysmaclip, Insulin- oder
 Schmerzpumpe, Gelenkprothese, Shunt, Stent? ja nein
 Welche?

3. Haben Sie Metallteile od. -splitter (Marknagel, ...) im Körper? ja nein
 Wenn ja, welche?

4. Haben Sie schon einmal eine MR-Untersuchung gehabt? Hat es dabei Probleme gegeben? ja nein
 Wenn ja, welche?

5. Sind bei Ihnen folgende Krankheiten bekannt? ja nein
 Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
 Eiweiß im Harn ja nein
 Bluthochdruck ja nein
 Gicht ja nein
 Nierenerkrankung oder Nierenoperation ja nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

6. Leiden Sie an einer Grund- oder Tumorerkrankung? ja nein
 Wenn ja, welcher?

7. Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein
 Wenn ja, welche?

Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind extrem selten. Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle.

8. Sind Sie tätowiert bzw. haben Sie Permanent Make-up oder Piercings? ja nein

9. Für Patientinnen: Könnten Sie schwanger sein? ja nein Verhüten Sie mittels Spirale? ja nein

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen und verstanden habe.

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung und einer Kontrastmittelgabe zu.

Datum

Unterschrift