

Name:

Geburtsdatum:

Fragen zur untersuchenden Körperregion	
Wo sind die Beschwerden? Welches Gelenk oder Wirbelsäulenabschnitt sind betroffen?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist Ihnen ein Unfall oder eine Verletzung bekannt? Wenn ja, wann und was ist passiert?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hatten Sie in diesem Bereich schon eine Operation, Punktion oder Arthroskopie? Wenn ja, wann und in welchem Bereich?

Die Untersuchung findet in einem Magnetfeld statt. Jegliche Metallgegenstände, sowie Uhren, Brille, Schmuck, Geldbörse, Schlüssel, etc, müssen vor der Untersuchung abgelegt werden.

Bitte beachten Sie: Ein Vergleich mit nachträglich gebrachten Vorbildern ist nicht möglich!

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu.**

Datum

Unterschrift Patient:in/ gesetzl. Vertreter:in

Vom DZB auszufüllen:

_____ Unterschrift Arzt/Ärztin		_____ Unterschrift MTD	
Blutbefund: Krea:	ml/dl	GFR:	TSH:µU/ml
Datum Blutbefund:			
KM-Allergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Prophylaxe:	
Venflon:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	gelegt von:	
KM:			