



Name:

Geburtsdatum:

Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, **folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten**:

Gewicht:kg

Größe:cm

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tragen Sie einen Herzschrittmacher? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurde bei Ihnen eine Operation am Herz oder Kopf durchgeführt? Wenn ja, was? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Implantate? zB Defibrillator, Herzklappe, Ohrimplantat, Aneurysmaclip, Insulinpumpe, Shunt, Stent, Schmerzpumpe, Port-a-Cath, etc Wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Metallteile im Körper? zB Metallsplitter, Piercing, Gelenksprothese Wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tragen Sie ein Hörgerät? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung gehabt? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hat es dabei Probleme gegeben? Wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leiden Sie unter Platzangst? Achtung: Wenn Ihnen ein Beruhigungsmittel verabreicht werden muss, dürfen Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten. |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder gab es Nierenoperationen? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie eine Infektionskrankheit wie z.B. Hepatitis C oder HIV? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leiden Sie an Diabetes? Sollten Sie einen Insulinsensor tragen, muss dieser für die Untersuchung entfernt werden. |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Verwenden Sie derzeit Hormon- oder Schmerzpflaster? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sind Sie innerhalb der letzten 3 Tage tätowiert worden bzw. haben Sie ein Permanent Make-Up machen lassen? |

| | |
|---|--------------------------------------|
| Für Patientinnen: | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Könnten Sie schwanger sein? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Stillen Sie? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Verhüten Sie mittels Spirale? |

Bitte wenden!



Name:

Geburtsdatum:

Fragen zur untersuchenden Körperregion

Wo sind die Beschwerden? Welches Gelenk oder Wirbelsäulenabschnitt sind betroffen?

.....
.....
.....

ja nein **Ist Ihnen ein Unfall oder eine Verletzung bekannt?**

Wenn ja, wann und was ist passiert?

ja 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 Ja Nein

Prophylaxe:

Venflon: Ja Nein

gelegt von:

KM: