



[Patientenname], [Geb.datum]

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

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Wurde bei Ihnen eine Operation am Herz oder Kopf durchgeführt? Wenn ja, was?.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. 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
4. Haben Sie Metallteile im Körper? zB Metallsplitter, Piercing, Gelenksprothese Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung gehabt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Hat es dabei Probleme gegeben? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. 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
9. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder gab es Nierenoperationen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Haben Sie eine Infektionskrankheit wie z.B. Hepatitis C oder HIV?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Leiden Sie an Diabetes? Sollten Sie einen Insulinsensor tragen, muss dieser für die Untersuchung entfernt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Verwenden Sie derzeit Hormon- oder Schmerzplaster?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Sind Sie innerhalb der letzten 3 Tage tätowiert worden bzw. haben Sie ein Permanent Make-Up machen lassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Körpergewicht:kg	Körpergröße:cm

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

Bitte wenden!

[Patientenname], [Geb.datum]



Für Patientinnen:	
19. Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20. Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21. Verhüten Sie mittels Spirale?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

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:	