MVZ Radiologie München Süd West

Fragebogen zur Durchführung einer MRT-Untersuchung

Name _____

Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zu Ihrer Sicherheit möchten wir Sie bitten, nachfolgende Fragen zu beantworten. Weitere Fragen werden unsere Mitarbeiter dann ggf. vor der Untersuchung mit Ihnen besprechen.

Informationen zu Methode MRT finden Sie auf der Ihnen ausgehändigten Schreibunterlage.

Ihre Körpergröße: _____ cm Ihr ungefähres Körpergewicht: _____ kg

1. Was/wo sind Ihre Beschwerden? _____

_____

2. Haben Sie Beschwerden aufgrund eines Unfalls oder Sturzes? ☐ Ja ☐ Nein

3. Tragen Sie abnehmbare Teile wie Hörgeräte, Zahnprothesen/magnetische Zahnimplantate, Zuckersensoren oder Medikamentenpumpen? ☐ Ja ☐ Nein

4. Haben oder hatten Sie...

... Operationen am Kopf/Gehirn, Ohr oder Augen? ☐ Ja ☐ Nein

... eine Herz-OP? Gefäßstent? ☐ Ja ☐ Nein

... einen Herzschrittmacher, Herzklappe, Defibrillator, Schmerzschrittmacher, elektr. Pumpen o.ä.? ☐ Ja ☐ Nein

... Metallteile im Körper (Prothesen, Schrauben, Platten, Retainer, Metall-/Granatsplitter etc.)? ☐ Ja ☐ Nein

... Piercings, Tätowierungen oder Permanent-Make-Up? ☐ Ja ☐ Nein

... übertragbare Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV etc.)? ☐ Ja ☐ Nein

... Angstzustände in engen Räumen? ☐ Ja ☐ Nein

... bösartige Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, welche? _____

5. Wären Sie, falls der Radiologe es für erforderlich hält, mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ☐ Ja ☐ Nein

(bei speziellen Fragestellung ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Armvene zu spritzen. Diese besitzen eine sehr gute Verträglichkeit und werden innerhalb weniger Stunden über den Urin wieder ausgeschieden. Allergische Nebenwirkungen sind, wie bei allen Medikamenten, möglich, jedoch sehr selten (weniger als 1%)

6. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Allergie auf Kontrastmittel? ☐ Ja ☐ Nein

7. Liegt eine Nierenfunktionsstörung vor/dialysepflichtig? ☐ Ja ☐ Nein

8. Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Aufgrund des starken Magnetfeldes im Untersuchungsraum müssen vor der Untersuchung alle metallischen Gegenstände, wie z.B. Schlüssel, Geld, Feuerzeug, Uhr, Schmuck, Haarspangen, Brille, Taschenmesser, Gürtel oder magnetempfindliche Gegenstände wie EC-/Kredit-Karten, Parkscheine, Handys, Hörgeräte etc. in der für Sie vorgesehenen Umkleidekabine abgelegt werden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in