

Patienteninformation Magnetresonanztomographie (MRT) Frage-/Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
bei Ihnen ist eine MRT Untersuchung geplant, bei der eventuell gadoliniumhaltiges Kontrastmittel in die Vene verabreicht wird. Bitte lesen Sie den Fragebogen aufmerksam durch und beantworten **alle** Fragen möglichst korrekt.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
(Druckbuchstaben)

Gewicht: _____ Größe: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Platzangst bekannt? Ja Nein

Geplante MRT Untersuchung

- Welche Körperregion wird heute untersucht? Kopf/Hals Wirbelsäule
 Bauch/Becken Sonstige
 Gelenk welches? _____ Rechts
 Links
- Wurde die heute zu untersuchende Körperregion früher schon einmal untersucht? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Praxis? _____ Wann? _____

Anamnese (zu den aktuellen Beschwerden)

- Welcher Art sind ihre Beschwerden? (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Rückenschmerzen mit/ohne Ausstrahlung, Gelenkschmerz bei Belastung/in Ruhe, Darmkrämpfe usw.)

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

- Wurden Sie im Bereich der zu untersuchenden Körperregion schon operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann _____ und in welcher Klinik/Praxis? _____

- Hatten Sie einen Unfall mit Verletzung im Bereich der zu untersuchenden Körperregion? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Sonstige Angaben _____

- Ist bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? Rheumatische Gelenkerkrankung Multiple Sklerose
 Morbus Crohn Sonstige _____
 Colitis ulcerosa _____

Erkrankungen und allgemeine Gesundheitsfragen

- Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche? Hepatitis HIV
 Tuberkulose Covid 19
 Sonstige

- Ist oder war bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

- Sind bei Ihnen Erkrankungen der Niere bekannt? Ja Nein
Wenn ja, besteht eine Dialysepflicht? Ja Nein

Allergien

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein
Wenn ja, wogegen? Kontrastmittel Sonstige:
 Medikamente: _____

Kontrastmittel (Kontrastmittel können allergische Reaktionen auslösen)

- Sind Sie früher schon einmal mit gadoliniumhaltigem MRT-Kontrastmittel untersucht worden? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

In welcher Praxis? _____

- Wenn ja, haben Sie nach der Gabe von MRT-Kontrastmittel Nebenwirkungen verspürt? Ja Nein

- Wenn ja, welche? Übelkeit Erbrechen
 Hautrötung/Nesselsucht
 Schwere allergische Reaktion

Implantate

Magnetische Metallimplantate können durch Erhitzung oder magnetische Anziehung zu gefährlichen Komplikationen im MRT führen und die Bildqualität verschlechtern!

- Tragen Sie Implantate im Körper? Ja Nein
(außer Zahnimplantate!)
Wenn ja, welche? Herzschrittmacher Gelenkprothese
 Cochleaimplantat (Ohr) Sonstige
 Insulinpumpe _____

Wann wurde das Implantat eingesetzt? _____

- Liegt ein Implantat-Pass vor? Ja Nein

Schwangerschaft/Stillzeit (Patientinnen bitte in jedem Fall ausfüllen)

- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein
➤ Stillen Sie zurzeit ein Kind? Ja Nein

Diesen Fragebogen habe ich gelesen und verstanden, eine Kopie zum Mitnehmen kann ich auf Wunsch an der Anmeldung erhalten. Meine Fragen wurden vollständig und ausführlich beantwortet. Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuellen notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich habe vor der geplanten Untersuchung noch weitere Fragen und möchte nochmals über die Risiken der Untersuchung mit einem Arzt sprechen.