

Fragebogen zur MRT-Untersuchung

MRT am Potsdamer Platz
Dipl. Med. Stefan Heym

Die Reihenfolge der Untersuchung bestimmt der Arzt.

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte sorgfältig und vollständig!
Zutreffendes bitte ankreuzen.

Name: Vorname: geboren: Gewicht:
(max. 125 kg)

Haben Sie einen Herzschrittmacher (PM) /Defibrillator (ICD)?

nein ja ->  **Dann dürfen Sie kein MRT bekommen!**
Wenden Sie sich jetzt wieder an die Anmeldung

Hatten Sie Operationen, bei denen Fremdmaterial eingesetzt wurde und jetzt noch vorhanden ist, wie z.B.:

| | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Künstliche Herzklappe (Pass erforderlich!) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Insulinpumpe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ohrimplantat (Pass erforderlich!) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Metall-/Granatsplitter | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Gefäßclips | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Gelenkprothesen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Akupunkturnadeln | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Spirale | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Piercings/Tätowierungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Anderes | | |

Piercings außerhalb d. Untersuchungsbereichs können auf eigene Verantwortung belassen werden.

Wann wurde das Fremdmaterial eingesetzt?

Welches Körperteil soll heute untersucht werden?
 links rechts

Wo genau sind die Beschwerden? (bei Gelenken z.B.: Innenseite, Außenseite, vorne, hinten, etc.)
(bei Rückenbeschwerden z.B.: Schmerzausstrahlung in Beine/Arme rechts/links, Taubheitsgefühl?)

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

Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden?

Haben Sie an diesem Körperteil eine Verletzung erlitten, die mit der heutigen Untersuchung zusammenhängt? (z.B. Sturz, Prellung, Verstauchung, Verdrehung, etc.).

nein ja → Wann genau war dieses Ereignis?.....
Bitte schildern Sie kurz den Unfallhergang bzw. was genau passiert ist?

.....
.....

Könnten die Beschwerden mit sportlicher Betätigung zusammenhängen? Evtl. Überlastung?

nein ja Welche Sportart?.....
Wie oft pro Woche?.....

Treiben Sie Leistungssport?

nein ja:

Fragebogen zur MRT-Untersuchung

MRT am Potsdamer Platz
Dipl. Med. Stefan Heym

Wurden Sie an diesem Körperteil operiert? (z.B. auch Gelenkspiegelung=Arthroskopie)

nein ja: Was wurde operiert und weshalb?

Wann war die OP?

Haben Sie Vorerkrankungen wie z.B.:?

nein ja Asthma Diabetes Bluthochdruck Rheuma
 Krebserkrankung Hepatitis HIV Tbc

Sonstiges:

Haben Sie Allergien?

nein ja: Wenn ja, welche?

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja **unsicher** (Achtung: bitte vor der Untersuchung Schwangerschaftstest durchführen!)

Kontrastmittel: Eine Kontrastmittelgabe erfolgt, wenn diese aus ärztlicher Sicht zur Erhöhung der diagnostischen Genauigkeit erforderlich ist. Wie bei allen intravenös verabreichten Substanzen kann es in seltenen Fällen zu leichten allergischen Reaktionen kommen z.B. Hautreaktionen (Juckreiz, Pusteln), Kreislaufreaktionen; sehr selten sind schwere Allergien mit Schleimhautschwellung, Atemnot, Kreislaufversagen, die medikamentös behandelt werden müssen. Sollten Sie diesbezüglich noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unser Personal.

Sind Sie grundsätzlich mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?

nein ja

Kam es bei einer früheren Untersuchung mit Kontrastmitteln zu Unverträglichkeiten?

bisher noch keine KM-Gabe nein ja
↳ Welche?.....

Haben Sie Platzangst?

nein ja

Wurden an dem heute zu untersuchenden Körperteil aktuell oder früher schon Aufnahmen angefertigt?

nein ja:
↳ Röntgen MRT Computertomographie

Bitte alle Bilder und Befunde zur Untersuchung mitbringen!

Falls nötig, gehen Sie bitte vor der Untersuchung auf die Toilette.

Hiermit erkläre ich, dass ich den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden habe. Ich bin ausreichend informiert und habe keine weiteren Fragen. Ich willige in die Untersuchung ein.

Datenschutz-Grundverordnung:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten und zur Kenntnis genommen habe:

| |
|---|
| Datum und Unterschrift des Patienten: |
|---|

Notizen (nur vom Personal auszufüllen!)

VA:

Zur Kenntnis genommen – Datum/Unterschrift MTRA

.....
Zur Kenntnis genommen – Datum/Unterschrift/Arzt

.....