

Patientenfragebogen MRT					Version	Seite
F	42	7	7.5	21.7.10	1.0	1 von 1

Radiologie

Main Park Center

Name, Vorname

geb.: _____

Pat.-Nr

Patientenfragebogen MRT

(MRT = Magnetresonanztomographie = Kernspintomographie)

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wollen Ihre Untersuchung optimal planen und durchführen.

Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen:

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Ja | Nein |
| • Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Tragen Sie ein Hörgerät? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Haben Sie Metall im Körper? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wenn ja, welches und wo?

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="radio"/> Künstliches Gelenk | Wo? _____ |
| <input type="radio"/> Chirurgische Clips | Wo? _____ |
| <input type="radio"/> Künstliche Herzklappe | OP wann? _____ |
| <input type="radio"/> Granatsplitter | Wo? _____ |
| <input type="radio"/> Sonstige | Was und Wo? _____ |

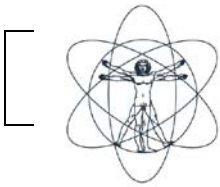
- Wie ist Ihr aktuelles Körpergewicht? _____ kg
- Beruf _____

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| | Ja | Nein |
| • Ich bin damit einverstanden, dass der Befundbericht dieser Untersuchung meinem überweisenden Arzt oder anderen behandelnden Ärzten übermittelt wird | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bei Frauen:

- Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

Bitte wenden!



Aufklärungsbogen zum MRT-Kontrastmittel					Version	Seite
F	41	7	7.5	21.7.10	1.0	1 von 1

Pat.-Nr.

Aufklärungsbogen zum MRT-Kontrastmittel

Die MRT-Kontrastmittel werden über eine Armvene injiziert und sind sehr gut verträglich. Sie spüren von diesen Kontrastmitteln normalerweise gar nichts. Allergische Reaktionen (von Hautquaddeln bis zum Schock) sind extrem selten, aber nicht ganz auszuschließen. Bitte teilen Sie uns unbedingt mit, wenn bereits einmal eine solche Überempfindlichkeitsreaktion auf MRT-Kontrastmittel bei Ihnen aufgetreten ist. Wir werden dann gemeinsam eine Lösung finden.

Bei Patienten mit einer eingeschränkten Nierenfunktion eignen sich einige Kontrastmittel besser als andere. Bitte teilen Sie uns mit, falls Ihre Nierenfunktion nicht in Ordnung ist oder Sie Dialysepatient sind.

Bitte beantworten Sie zu Ihrer und unserer Sicherheit folgende Fragen:

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Haben Sie schon einmal MRT-Kontrastmittel bekommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gab es Unverträglichkeitsreaktionen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja: welche? _____ | | |
| Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Mit der Durchführung der MRT bin ich einverstanden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mit der Gabe von MRT-Kontrastmittel bin ich einverstanden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Mainaschaff, den

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt