

Bitte schreiben Sie gut leserlich in Druckbuchstaben!

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Patienteninformation – Magnetresonanztomographie (MRT)

Die MRT ist eine Untersuchung ohne Röntgenstrahlen. Die Dauer beträgt etwa 10-30 Minuten. Bei einigen Untersuchungen ist die Gabe eines Kontrastmittels notwendig. Für die Untersuchung legen Sie bitte alle metallischen Gegenstände ab (z.B. Scheckkarten, Geld, Schmuck, Brillen, Hörgeräte, Handys, Piercings u.a.).

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? O ja O nein
2. Tragen Sie andere elektronische Geräte (z.B. Insulinpumpe, Defibrillator, Neurostimulator, Hörgerät)? O ja O nein
3. Sind in/an Ihrem Körper Metallteile (z.B. Gefäßclips, künstliche Herzklappen, Stents, Metallsplitter, Metallprothesen, Implantate, Spiralen)? Tragen Sie Piercings oder eine herausnehmbare Zahnprothese? O ja O nein
Wenn ja: Welche Metallteile, an welcher Stelle?

4. Haben Sie jemals Metallsplitter ins Auge bekommen? O ja O nein
5. Haben Sie Tätowierungen? O ja O nein
6. Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein
7. Besteht eine Erkrankung der Nieren und/oder des Herzens? O ja O nein
Wenn ja: Welche? _____
8. Hatten Sie Unverträglichkeiten bei früheren MRT-Untersuchungen oder Probleme mit MRT-Kontrastmitteln? O ja O nein
Wenn ja: Welche? _____
9. Bestehen Allergien z.B. bei Medikamenten, Heuschnupfen, Nahrungsmitteln oder Kosmetika? O ja O nein
Wenn ja: Welche? _____
10. Besteht oder bestand eine bösartige Krankheit? O ja O nein
11. Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?

Größe: _____

Gewicht: _____

Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuell erforderlichen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____