

Fragebogen zur Magnetresonanztomographie

Patient: _____

geb. am: _____

Sehr geehrte liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Bitte beachten Sie den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“.

Haben Sie Voraufnahmen auf CD dabei? Bitte geben Sie die CD mit diesem Fragebogen ab.

Aktuelle Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

1. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
2. Haben Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator, Neurostimulator, Zuckermesssensor? O ja O nein
3. Hatten Sie Herz- oder Hirnoperationen? O ja O nein
4. Tragen Sie ein Hörgerät oder eine herausnehmbare Zahnprothese? (wenn ja, nehmen Sie es/sie bitte vor Untersuchungsbeginn heraus) O ja O nein
5. Sind Sie schon einmal operiert worden? Falls ja an welchem Körperteil/Organ: _____ O ja O nein
6. Sind in/an Ihrem Körper evtl. Metallteile? (Clips nach Operationen, frühere Metallsplittersverletzungen oder Schussverletzungen) Piercings müssen vor der Untersuchung entfernt werden. O ja O nein
7. Besteht eine schwere Nierenfunktionsstörung? O ja O nein
8. Ist eine Lebertransplantation geplant oder erfolgt? O ja O nein
9. Haben Sie Diabetes O ja O nein
10. Haben Sie Platzangst? O ja O nein
11. Haben Sie Allergien? (Medikamente, Nahrungsmittel, Kosmetika, Kontrastmittel,..) O ja O nein
12. Auf welcher Seite haben Sie Beschwerden? O links O rechts
13. Ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit (Tuberkulose, Hepatitis, AIDS) bekannt? O ja O nein
14. Sind Sie schwanger? O ja O nein
15. Haben Sie Voraufnahmen zur heutigen Untersuchung auf CD oder als Ausdruck? O ja O nein
- Ich bin vorsorglich mit der Gabe von MR-Kontrastmittel einverstanden, sollte es im Verlauf der Untersuchung notwendig werden.** O ja O nein

Wiesbaden, den _____: _____

Unterschrift Patient (unter 18 Jahren Erziehungsberechtigter)

Ich habe meine Bilder und eine Kopie meines Fragebogens erhalten _____

Unterschrift Patient

wird vom Praxis ausgefüllt: Harnstoff: Crea:
--