



Ihre Fachärzte/-innen
für Diagnostische
Radiologie

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
MainRadiologie
Dr. T. C. Miller und Partner



Klinik
Kitzinger Land

Prof. Dr. med. Frank Breuckmann
Chefarzt Innere Medizin/
Kardiologie

Kardio MRT – Anamnesebogen

Patientenname: _____ Geb.-Datum: _____
(Druckbuchstaben)

Gewicht: _____ Größe: _____ Tel.: _____ Mobil: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten? Ja Nein

Ist bei Ihnen Platzangst bekannt? Ja Nein

• Wurde bei Ihnen schon einmal eine Untersuchung des Herzens durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja: Wann? _____ In welcher Klinik/Praxis? _____

• Sind Sie früher schon einmal mit Kontrastmittel untersucht worden? Ja Nein
Wenn ja: Haben Sie nach der Gabe von Kontrastmitteln Nebenwirkungen verspürt? Ja Nein
Wenn ja: Welche? _____

• Sind bei Ihnen Allergien oder eine Überempfindlichkeit bekannt? Ja Nein
Wenn ja: Welche? _____

• Sind bei Ihnen Erkrankungen der Niere bekannt? Ja Nein
Wenn ja: Welche? _____

• Ist bei Ihnen eine **Infektionskrankheit** bekannt? Ja Nein
Wenn ja: Welche? Hepatitis Covid 19
 Tuberkulose Sonstige
 HIV _____

Schwangerschaft/Stillzeit

• Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein
• Stillen Sie zur Zeit ein Kind? Ja Nein

• Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**, ein **Cochleaimplantat**, eine **Insulinpumpe**,
einen **Neurostimulator** oder ähnliches? Ja Nein

• Tragen Sie andere **metallische Implantate** oder **Fremdkörper/Metallsplitter**? Ja Nein
Wenn ja: Welche? Wo?

• Sind Sie schon einmal am Herzen operiert? Ja Nein
• Besteht eine **Herzschwäche** oder hatten Sie einen **Herzinfarkt**? Ja Nein
• Ist eine **Herzklappenerkrankung** (Aortenklappenstenose) bekannt? Ja Nein
• Haben Sie Herzrhythmusstörungen? Ja Nein
• Wurde schon einmal ein Herzkatheter durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja: Wann? Wo?

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.

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

Datum: _____ **Unterschrift:** _____