



Ihre Fachärzte/-innen  
für Diagnostische  
Radiologie

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

## MRT – Anamnesebogen

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten?  Ja  Nein

Liebe Patientin, lieber Patient,  
bei Ihnen ist eine **MRT Untersuchung** geplant, bei der eventuell gadoliniumhaltiges Kontrastmittel in die Vene verabreicht wird. Bitte lesen Sie den Fragebogen aufmerksam durch und beantworten alle Fragen möglichst korrekt.

Ist bei Ihnen Platzangst bekannt?  Ja  Nein

### Geplante MRT Untersuchung

- Welche Körperregion wird heute untersucht?  
 Kopf/Hals  Wirbelsäule  
 Bauch/Becken  Sonstige  
 Gelenk welches? \_\_\_\_\_  Rechts  
 Links
- Wurde die heute zu untersuchende Körperregion früher schon einmal untersucht?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Wann? \_\_\_\_\_ In welcher Klinik/Praxis? \_\_\_\_\_

### Anamnese (zu den aktuellen Beschwerden)

- Welcher Art sind Ihre Beschwerden?  
(z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Rückenschmerzen usw.)  
\_\_\_\_\_
- Seit wann haben Sie diese Beschwerden?  
\_\_\_\_\_
- Wurden Sie im Bereich der zu untersuchenden Körperregion schon operiert?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Wann? \_\_\_\_\_ In welcher Klinik/Praxis? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie einen Unfall mit Verletzung im Bereich der zu untersuchenden Körperregion?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Wann? \_\_\_\_\_ Sonstige Angaben \_\_\_\_\_
- Ist bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung bekannt?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Welche?  
 Rheumatische Gelenkerkrankung  Colitis ulcerosa  
 Morbus Crohn  Multiple Sklerose  
 Sonstige

## Erkrankungen und allgemeine Fragen

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

- Ist oder war bei Ihnen eine **Krebserkrankung** bekannt?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Welche? \_\_\_\_\_

- Sind bei Ihnen **Erkrankungen der Niere** bekannt?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Besteht eine Dialysepflicht?  Ja  Nein

## Allergien

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Wogegen?  Kontrastmittel \_\_\_\_\_  
 Medikamente \_\_\_\_\_  
 Sonstige \_\_\_\_\_

## Kontrastmittel (Kontrastmittel können allergische Reaktionen auslösen)

- Sind Sie früher schon einmal mit gadoliniumhaltigem MRT-Kontrastmittel untersucht worden?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Wann? \_\_\_\_\_ In welcher Klinik/Praxis? \_\_\_\_\_

- **Wenn ja:** Haben Sie nach der Gabe von MRT-Kontrastmittel Nebenwirkungen verspürt?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Welche?  Übelkeit  Hautrötung/Nesselsucht  
 Erbrechen  Schwere allergische Reaktionen

## Implantate und Metallsplitter

Magnetische Metallimplantate/Metallsplitter können durch Erhitzung oder magnetische Anziehung zu gefährlichen Komplikationen im MRT führen und die Bildqualität verschlechtern!

- Befinden sich Metallsplitter im Körper?  Ja  Nein
- Tragen Sie Implantate im Körper? (außer Zahnimplantate!)  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Welche?  Herzschrittmacher  Gelenkprothese  
 Cochleaimplantat (Ohr)  Sonstige  
 Insulinpumpe \_\_\_\_\_

- Wann wurde das Implantat eingesetzt? \_\_\_\_\_
- Liegt ein Implantat-Pass vor?  Ja  Nein

## Schwangerschaft/Stillzeit

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

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:** \_\_\_\_\_