



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 mit/ohne Ausstrahlung, Gelenkschmerz bei Belastung/in Ruhe, Darmkrämpfe 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/-klappe Gelenkprothese
 Cochleaimplantat (Ohr) Sonstige
 Insulinpumpe _____

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

Schwangerschaft/Stillzeit (Patientinnen bitte in jedem Fall ausfüllen)

- 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: (ggf. Erziehungsberechtigte*/Bevollmächtigte*r) _____