Ihre Fachärzte/-innen
für Diagnostische
Radiologie

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
MainRadiologie
Dr. med. Isabel Rauner,
Dr. med. Julian Donhauser et al.
Fachärztinnen und -ärzte
in Partnerschaft

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
  - ◯ Bauch/Becken
  - ◯ Gelenk welches? _____
  - ◯ Wirbelsäule
  - ◯ Sonstige
  - ◯ 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
  - ◯ Morbus Crohn
  - ◯ Colitis ulcerosa
  - ◯ 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

- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ◯ **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.

Datum: **Unterschrift:**

Speichern Drucken