



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 **zusätzlich** 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?   
**Was** wurde operiert?
- Hatten Sie einen Unfall mit Verletzung im Bereich der zu untersuchenden Körperregion?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Wann?  Was ist passiert?/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/Blutzuckersensor

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

## Schwangerschaft

- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Bitte alle Frauen ausfüllen  Ja  Nein
- Stillen Sie zur Zeit ein Kind?  Ja  Nein

Diesen Fragebogen habe ich gelesen und verstanden. Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuellen notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden.

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

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

(ggf. Erziehungsberechtigter/Bevollmächtigter)