



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: <small>(Druckbuchstaben)</small>		Geb.-Datum:
Tel.:	Mobil:	E-Mail:
Gewicht:	Größe:	
Hausarzt:	Ort:	
Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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 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
- Tuberkulose
- HIV
- Covid 19
- Sonstige

- 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
- Erbrechen
- Hautrötung/Nesselsucht
- 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
- Cochleaimplantat (Ohr)
- Insulinpumpe/Blutzuckersensor
- Gelenkprothese
- Sonstige _____

- 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)