



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 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 Multiple Sklerose
 Colitis ulcerosa Sonstige _____

Patientenname:

Geb.-Datum:

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)