



Termin: _____

Zum Termin bitte Voraufnahmen, Befunde, ggf.

Operationsberichte und ein großes Handtuch mitbringen.

WICHTIG: Alle metallischen Gegenstände (Blutzuckersensor, herausnehmbarer Zahnersatz, Hörgeräte, Uhr, Handy, Geld-Magnetkarten, Gürtel, Schmuck usw.) müssen in der Umkleidekabine bleiben!!!

Name, Vorname: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

1. Tragen Sie einen **Defibrillator, Herzschrittmacher oder Schrittmachersonden?** Nein O Ja O
Wenn **Ja**, wenden Sie sich bitte direkt an einen Mitarbeiter der Anmeldung!
2. Haben Sie **Innenohrprothesen** (Cochlea-Implantat)? Nein O Ja O
3. Haben Sie Metallteile in Ihrem Körper? Nein O Ja O
z. B. Prothetik, Nervenstimulatoren, Blasenschrittmacher, Port (mit Nadel), Clips, künstliche Herzklappe, Event Recorder (Herzmonitor), Schmerz- oder Insulinpumpe, Blutzuckersensor, Granat- oder Metallsplitter

Was genau? _____ **seit wann?** _____

4. Haben Sie Zahnimplantate **mit einem Magnet?** Nein O Ja O
5. **Für Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie? Nein O Ja O
Im Falle einer Schwangerschaft sollte keine Untersuchung durchgeführt werden.
6. **Für Männer:** Tragen Sie ein **Penisimplantat oder -pumpe**, die Metall enthalten? Nein O Ja O

Wenn Sie **akute Platzangst** haben, wenden Sie sich bitte **vor der Untersuchung** an eine/n Mitarbeiter/in der Anmeldung oder geben dies bei der Terminvergabe bekannt!

Wurden Teile des zu untersuchenden Bereiches geröntgt? Nein O Ja O

Welcher Abschnitt wurde geröntgt? _____

Beschwerden im zu untersuchenden Bereich?

Was genau? _____

Wo genau? _____

Seit wann? _____

Hatten Sie einen Unfall? Nein O
Ja O, wann? _____

Krebserkrankung / Tumorleiden Nein O
Ja O, welche? _____

Wurden Sie im zu untersuchenden Bereich operiert? Nein O
Ja O, wann? _____

Was wurde operiert? _____

Datenschutz & Befundweitergabe

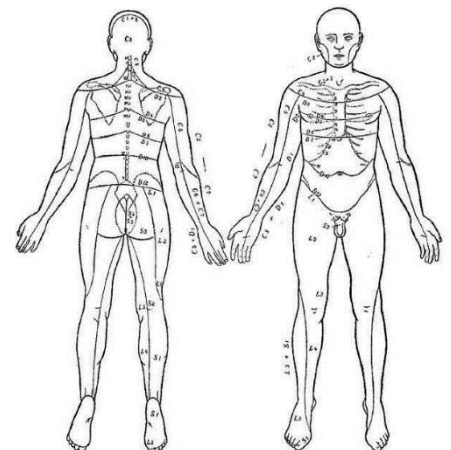
- ☐ Elektronische Befundübermittlung an überweisenden Arzt
☐ Befundkopie an **max. einen** weiteren Arzt: _____

Unterschrift (Pflichtfeld)

Ort / Datum: _____

Unterschrift Patient/in oder Bevollmächtigter/r: _____

Markieren Sie den betroffenen Bereich
bitte auf der Zeichnung.





Termin: _____
Zum Termin bitte Voraufnahmen, Befunde, ggf.
Operationsberichte und ein großes Handtuch mitbringen.

Kontrastmittel – Aufklärung & Fragen

Früher Kontrastmittel erhalten	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____
Reaktion auf Kontrastmittel	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____
Allergien oder Histaminintoleranz	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____
Nieren-, Leber- oder Herzschwäche	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____

Kreatininwert: _____ **vom** _____

Datum

KONTRASTMITTEL:

Bei Ihrer MRT-Untersuchung kann es notwendig sein, ein gadoliniumhaltiges Kontrastmittel über eine Vene zu verabreichen. Dieses Kontrastmittel verbessert die Darstellung von Organen, Gefäßen, Entzündungen und Tumoren und erhöht dadurch die diagnostische Aussagekraft der Untersuchung.

MÖGLICHE NEBENWIRKUNGEN:

Gelegentlich: leichtes Wärmegefühl, Übelkeit, Juckreiz oder Hautausschlag
Selten: stärkere Überempfindlichkeitsreaktionen oder Kreislaufreaktionen
Sehr selten: schwere allergische Reaktionen.

Nierenfunktion:

Kann in extrem seltenen Fällen zu einer Erkrankung des Bindegewebes (nephrogene systemische Fibrose) kommen.

Einwilligung Kontrastmittel (Pflichtfeld)

- ☐ Ich willige in die MRT-Untersuchung **einschließlich Kontrastmittel** ein.
- ☐ Ich lehne die Gabe von Kontrastmittel ab und weiß, dass sich die Beurteilung erschweren kann.

Dokumentation Aufklärungsgespräch

Datum, Unterschrift Arzt

Unterschrift (Pflichtfeld)

Ort / Datum: _____