

Telefon: 040 - 611 670 60
040 - 611 670 70

Dr. med. R. Bechmann Dr. med. M. Lorenzen
Dr. med. S. Loeck Dr. med. G. Sievers

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
vor der Durchführung einer Kernspintomographie benötigen wir die folgenden Angaben:

Name, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Straße, Hausnummer	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Postleitzahl Ort	Geschlecht
Überweisender Arzt	Telefonnummer
	Name der Krankenversicherung

Unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Bitte zutreffendes ankreuzen

	JA	NEIN
Ist bei Ihnen bereits eine Kernspintomographie (MRT) durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere elektr. Geräte an oder in Ihrem Körper, z.B. einen Defibrillator, Stimulator, Katheter, Shunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappen aus Metall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallclips nach Gefäßoperation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallplatten oder Schrauben nach Knochenverletzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkprothesen aus Metall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Mittelohrimplantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine implantierte Insulinpumpe oder einen Diabetessensor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallsplitter im Körper oder Metallobjekte im Auge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Zahnersatz oder Hörgeräte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Tätowierung oder ein Piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Angst in engen Räumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Infektionserkrankung wie z.B. Hepatitis, TBC oder HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ Körpergewicht: kg ➔ Körpergröße: m

Bevor Sie den Untersuchungsraum betreten, legen Sie bitte metall. Gegenstände und elektr. Geräte ab, z.B. Mobiltelefon, Schlüssel, Brieftasche, Magnetkarten, Zahnersatz, Hörgeräte, Uhr, Haarschmuck, Augen-Make-Up (nur bei Untersuchung des Kopfes).

Wir bitten um Ihre Unterschrift als Bestätigung Ihres informierten Einverständnisses in die Untersuchung und einer evtl. intravenösen Kontrastmittelgabe.

Falls Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, dürfen Sie an diesem Tag nicht mehr Auto oder Fahrrad fahren, da die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Wir bitten Sie, nach Möglichkeit eine Begleitung für den Heimweg mitzubringen.

Ich bin mit der Archivierung dieses Fragebogens in der Röntgenpraxis einverstanden.
(Falls eine Kopie gewünscht wird, teilen Sie dies bitte der betreuenden Röntgenassistentin mit.)

Datum	Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters	Arzt
-------	--	------