

Nachname:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Krankenkasse/Sondertarif:

Telefon:

E-Mail:

Größe:

Gewicht:

Anamnese

(wird vom Personal ausgefüllt)

GlucaGen	<input type="checkbox"/>	AG	<input type="checkbox"/>	Krea	.....
Butyl	<input type="checkbox"/>	QR	<input type="checkbox"/>	GFR	.....
Dormicum	<input type="checkbox"/>			KM	..... ml

Gadovist	<input type="checkbox"/>	Dotarem	<input type="checkbox"/>	Primovist	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	---------	--------------------------	-----------	--------------------------

MRT heißt **MagnetResonanzTomographie** (auch Kernspintomographie). Hier werden mit Hilfe von Magnetfeldern Schnittbilder von Körperregionen erzeugt. In ca. 10 - 30 Minuten wird eine große Anzahl von Bildern aufgenommen. Während der Untersuchung ist es wichtig, dass Sie sich nicht bewegen. Die Messungen werden von lauten Klopfgeräuschen begleitet. Zur Untersuchung legen Sie bitte Kleidung sowie jegliche Gegenstände mit Metallteilen ab. Gegebenenfalls wird die Untersuchung durch eine Kontrastmittelinjektion in den Arm ergänzt.

Ihr/e überweisende/r Ärztin/Arzt erhält den Befund nach ca. 4 Tagen. Bei dringenderen Terminen oder anderweitigen Fragen wenden Sie sich bitte direkt an das Personal der MRT-Abteilung.

Tragen Sie im oder am Körper (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen):

einen **Herzschrittmacher/Defibrillator** (wenn **ja**, bitte **sofort** melden!).....  ja  nein

andere elektronische Geräte (Hörgeräte, Insulinpumpe, Stimulator usw.).....  ja  nein

herausnehmbaren Zahnersatz .....  ja  nein

medizinische Implantate (künstliche Gelenke, Stents, Cochleaimp.) oder Metallsplitter ..  ja  nein

Tattoos (jünger als 6 Wochen).....  ja  nein

Besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion? .....  ja  nein

Bestehen Allergien? .....  ja  nein

Gab es Unverträglichkeitserscheinungen oder Probleme bei früheren MRT? .....  ja  nein

Für unsere Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? .....  ja  nein

Tragen Sie eine Kupferspirale? .....  ja  nein

(Falls ja, sollte nach der Untersuchung eine Lagekontrolle beim Gynäkologen erfolgen)

Einwilligungserklärung: Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung sowie der evtl. erforderlichen Kontrastmittelinjektion einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche Vertretung

Fragen zur Untersuchung und den aktuellen Beschwerden

Wurde die heute zu untersuchende Körperregion früher schon einmal untersucht?.....  ja     nein

Wenn ja: Wann? ..... In welcher Klinik/Praxis? .....

Welcher Art sind Ihre Beschwerden?

.....

.....

.....

.....

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? .....

Sind Ihre Beschwerden auf einen Unfall/eine Verletzung zurückzuführen?.....  ja     nein

Wenn ja: Wann war diese/r? ..... Was ist passiert? .....

Wurden Sie im Bereich der zu untersuchenden Körperregion operiert? .....  ja     nein

Wenn ja: Wann? ..... Was genau wurde operiert? .....

Ärztliche Anmerkungen	
Rostock,	
Ort, Datum	Unterschrift Radiologin/Radiologe