

MR Anamnese

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

vor der Untersuchung möchten wir
Sie bitten folgende Angaben zu machen:



diagnosezentrum.mödling

Haben/Hatten Sie einen **Herzschrittmacher**/eine **künstliche Herzklappe**? Ja Nein
Haben/Hatten Sie eine **Insulinpumpe**/einen **Blutzuckersensor** oder
einen **Stimulator**? Ja Nein

Bitte geben Sie an, ob und welche **metallhaltigen Teile** sich in/an Ihrem Körper befinden:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hörapparat/Cochleaimplantat | <input type="checkbox"/> herausnehmbare Zahnprothesen, fixe Zahnimplantate |
| <input type="checkbox"/> Gefäßclips, Stents | <input type="checkbox"/> Schmerz- oder Medikamentenpflaster |
| <input type="checkbox"/> Metall-/Granatsplitter | <input type="checkbox"/> Piercings |
| <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke | <input type="checkbox"/> Nägel, Platten, Schrauben |
| <input type="checkbox"/> Kupferspirale | <input type="checkbox"/> Abflußventile (Shunt) |

Lagekontrolle nach der Untersuchung wird empfohlen!

Frauen: Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? Ja Nein

Frauen: Stillen Sie derzeit? Ja Nein

Tragen Sie Tattoos oder Permanent Make-Up? Ja Nein

Wurde bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung festgestellt? Ja Nein

Welche?

Geben Sie den Grund für die heutige Untersuchung an:

Traten die Beschwerden nach einem Unfall auf? Ja Nein wann:

Was ist passiert?

Wurden Sie schon einmal auf Grund dieser Beschwerden behandelt? Ja Nein wann:

Wie wurde bereits behandelt?

Welche Operationen hatten Sie bisher? wann:

Besteht bei Ihnen eine bekannte Allergie gegen Kontrastmittel? Ja Nein

Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? Ja Nein

Vielen Dank! Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und stimmen nach ausreichender Aufklärung der geplanten MR-Untersuchung zu.

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der/des RT

Name der Patientin/des Patienten (Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen!)

Größe

cm

Gewicht

kg