

Überörtliche Radiologische Gemeinschaftspraxis Marl/Haltern am See

Dr. med. M. Mühlen - Dr. med. G. Koch - Dr. med. A. Wruck

Ärzte für Diagnostische Radiologie

Hervester Straße 57 - 45768 Marl - Tel. 02365 12093 - Fax 02365 12095

Gartenstraße 2 - 45721 Haltern am See - Tel. 02364 104388 - Fax 02364 169823

Nachname, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

MRT Aufklärungsbogen

Wir bitten Sie folgende Fragen vor Ihrer MRT-Untersuchung gewissenhaft zu beantworten

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder eines Neurostimulators?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie ein Cochlea- Implantat (künstliche innere Ohrschnecken)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sollten Sie eine dieser Fragen mit **Ja** beantwortet haben, kann eine MRT-Untersuchung nicht durchgeführt werden. Es droht Lebensgefahr bei Herzschrittmacherträgern, bzw. die Zerstörung des elektronischen Implantates! Bitte wenden Sie sich an unser Praxispersonal!

Befinden sich in Ihrem Körper Metall? (z.B. Metall- oder Granatsplitter, Clips, Prothesen nach einer Operation, Piercing etc.) Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, wogegen? _____ Ja Nein

Leiden Sie unter einer Nierenfunktionsstörung (Kreatininwert)? Ja Nein

Tragen Sie ein Hörgerät? (**Wenn ja, bitte vor der Untersuchung herausnehmen**) Ja Nein

Tragen Sie herausnehmbare Zahnprothesen?

(**Wenn ja, bitte vor der Untersuchung herausnehmen**) Ja Nein

Tragen Sie eine Zahnspange oder Brackets? Ja Nein

Tragen Sie Tätowierungen oder Permanent Make-up Ja Nein

Kommen Sie aufgrund eines Unfalls zu dieser Untersuchung? Ja Nein

Sind Sie an dem heute zu untersuchenden Körperteil schon einmal operiert worden Ja Nein

• Wenn ja, was und wann wurde operiert? _____

• Wo wurden Sie operiert? _____

Welche Hauptbeschwerden haben zu der heute vorgesehenen Untersuchung geführt?

Bei einigen Untersuchungen muss ein Kontrastmittel in eine Vene gespritzt werden, um krankhafte Befunde erkennen zu können. Dieses Kontrastmittel enthält kein Jod, sondern einen Gadolinium- Komplex. Dieses Kontrastmittel ist gut verträglich.

Mit der Gabe (wenn nötig) des Kontrastmittels in eine Vene bin ich einverstanden Ja Nein

Durch meine Unterschrift bestätige ich, vom obenstehenden Inhalt Kenntnis genommen und die Fragen richtig beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten