



Fragebogen für eine Kernspintomographie / MRT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Größe, Gewicht

Befinden sich in oder an Ihrem Körper folgende Gegenstände?

Herzschrittmacher, Eventrekorder, Innenohrimplantat (Cochlea), implantierte Medikamentenpumpe (Schmerzpumpe), mechanische Herzklappe, Insulinpumpe oder Insulinsensor

Ja , welche? _____ Nein

Gelenkprothesen, Schrauben, Platten, Granatsplitter, Piercing, Hörgeräte

Ja , welche? _____ Nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

Ja Nein unklar

Sind Infektionskrankheiten bekannt? (Hepatitis, HIV, etc.)

Ja Nein

Haben Sie Allergien/Asthma? Ja , welche? _____

Nein

Bezogen auf die heutige Untersuchungsregion:

Seit wann und wo (bitte in Stichpunkten) haben sie Beschwerden?

Rechts Links

Ist ein Unfall vorausgegangen?

Ja , wann? _____ Nein

Was ist passiert? (in Stichpunkten) _____

Hatten Sie an der heute untersuchten Region eine OP?

Ja , wann? _____ Nein

Wurde an der heute untersuchten Region bereits ein MRT/CT/Röntgen angefertigt?

Ja , wann und wo? _____ Nein

Sind Sie mit einer venösen Kontrastmittelgabe einverstanden?

Ja Nein

Ich bin mit der Übermittlung und Anforderung meiner Behandlungsdaten sowie Nutzung des easyRadiology Portals einverstanden.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie höflichst den Termin rechtzeitig abzusagen, damit für andere Patienten keine langen Wartezeiten und für uns kein Schaden durch den Ausfall entsteht!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Unterschrift Arzt