RADIOLOGISCHES ZENTRUM
Höchstadt / Aisch

Patientenaufkleber

Fragebogen MRT-Untersuchung (Anamnesebogen)

Vorname/Name: _____ Geb. Datum: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Tragen Sie **Metallimplantate** (z.B. Herzschrittmacher, Herzklappe, andere Fremdkörper aus Metall, Neurostimulatoren, Cochlea Implantate)	□ nein	□ ja	Was:
Haben Sie eine Spirale, Stent, Tattoos, Piercings, **Hörgeräte**?	□ nein	□ ja	Wo:
Besteht eine **Infektionskrankheit**? (Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)	□ nein	□ ja	
Haben Sie **Allergien**?	□ nein	□ ja	Welche:
Sind Sie bereits an der jetzt zu untersuchenden Körperstelle **operiert**?	□ nein	□ ja	Wann:
Besteht eine **Tumorerkrankung**?	□ nein	□ ja	
Haben Sie **Klaustrophobie** (Angst vor engen Räumen) oder Panikattacken?	□ nein	□ ja	Wenn ja, sprechen Sie uns unbedingt an!
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	□ nein	□ ja	

Fragen zum Kontrastmittel im Allgemeinen

Wurde bereits eine MRT-Untersuchung durchgeführt?	□ nein	□ ja	
Wenn ja, mit Kontrastmittel?	□ nein	□ ja	
Traten Nebenwirkungen auf?	□ nein	□ ja	Wenn ja, welche:

Wenn Sie bereits auf Kontrastmittel reagiert haben, sprechen Sie uns an!

Haben Sie die erste Frage mit Ja beantwortet, sprechen Sie uns unbedingt an! Denn mit einem solchen Implantat können wir Sie hier bei uns eventuell nicht untersuchen.

Bitte wenden.

Das Extra für Ihre Untersuchung: Nutzen Sie das volle Potenzial Ihrer radiologischen Bilder durch Floy®.
Mithilfe künstlicher Intelligenz wertet Floy® Ihre MRT-Bilder ergänzend zur ärztlichen Befundung aus. Ziel ist es, zusätzliche standardisierte Gesundheitsinformationen zur erweiterten Vorsorge sichtbar und messbar zu machen.

- Die Analyse erfolgt ausschließlich anhand der ohnehin durchgeführten Untersuchung; zusätzliche Aufnahmen oder eine längere Untersuchungszeit sind nicht erforderlich.

- Je nach untersuchter Körperregion können Hinweise auf individuelle Gesundheitsrisiken, frühe Krankheitszeichen oder mögliche Zufallsbefunde erkannt werden, z.B. eine verminderte Knochendichte, eine mögliche Fettleber, auffällige Gefäßveränderungen oder Veränderungen an Gelenken und Muskulatur.

- Geeignet sind MRT-Untersuchungen des **Kopfes**, der **HWS, BWS, LWS**, des **Abdomens**, der **Schulter** und des **Knies**

- ***Wird bei Ihnen ein Körperbereich untersucht, der NICHT genannt wurde, können Sie diesen Teil ignorieren!***

Floy® ist für 46,63 € als Selbstzahlerleistung optional erhältlich. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (Ziffer 5733/5377) per Rechnung und wird nicht von der gesetzlichen oder der privaten Krankenkasse übernommen.

☐ **Ja**, ich möchte die zusätzliche Auswertung auf eigene Kosten für 46,63 € in Anspruch nehmen und akzeptiere die Nutzungsbedingungen unter floy.com/patienteninfo.

☐ **Kopf** ☐ **HWS, BWS, LWS** ☐ **Abdomen** ☐ **Schulter** ☐ **Knie**

☐ **Nein**, ich möchte die zusätzliche Auswertung nicht in Anspruch nehmen.

Kontrastmittelnebenwirkungen:
- Paravasat (Flüssigkeit tritt in umliegendes Gewebe)
- Allergien (Hautausschlag, Übelkeit, Schock)
- Weichteil-/Nervenschädigung
- NSF (Nephromen systemische Fibrose)
- Nierenschädigung, Nierenversagen
- Thyreotoxische Krise (Schilddrüsenschädigung/ -überfunktion)
- Restkontrastmittel im Körper (z.B. Gehirn)

MRT-Komplikationen (Aufklärung):
- Implantat Erwärmung/ -verschiebung
- Tätowierungen
- Piercings
- Permanent Make-Up

Datenschutz/Einwilligung
Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden und willige hiermit in die durchzuführende Untersuchung ein.
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass
- mein Radiologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Radiologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Arzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Arzt anfordert.
Es ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift Ärztin/Arzt **Datum, Unterschrift Patient/Patientin**