RADIOLOGISCHES ZENTRUM
Höchstadt / Aisch

Patientenaufkleber

Fragebogen Herz-MRT

□ Myocarditis □ Stress-Herz

Name:_____ Geb. Datum:_____ E-Mail:_____
Telefonnummer:_____ Mobil:_____
Größe:_____ Gewicht:_____

1 Tragen Sie **Metallimplantate**? (Herzschrittmacher, Herzklappe, andere Fremdkörper aus Metall, Neurostimulatoren, Cochlea Implantate)	□ nein	□ ja	Welche:_____
2 Haben Sie eine Spirale, Stent, Tattoos, Piercings oder **Hörgeräte**?	□ nein	□ ja	Welche:_____
3 Besteht eine **Infektionskrankheit**?	□ nein	□ ja	Was:_____
4 Haben Sie **Allergien/Unverträglichkeiten**?	□ nein	□ ja	Welche:_____
5 Sind Sie bereits an der zu untersuchenden Körperstelle **operiert**?	□ nein	□ ja	Wo:_____
6 Besteht eine **Tumorerkrankung**?	□ nein	□ ja	Welche:_____
7 Haben Sie **Klaustrophobie** (Angst vor engen Räumen? **Panikattacken**?	□ nein	□ ja	
8 Werden regelmäßig **Medikamente** eingenommen?	□ nein	□ ja	Welche:_____
9 Besteht eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung**?	□ nein	□ ja	Welche:_____
10 Besteht eine **Atemwegs-/Lungenerkrankung**?	□ nein	□ ja	Welche:_____
11 Leiden Sie aktuell an Herz- oder **Thoraxschmerzen**?	□ nein	□ ja	
12 Besteht eine **Erkrankung** der **Nieren**?	□ nein	□ ja	Welche:_____
13 Wurde bereits eine **Leber/Nierentransplantation** durchgeführt?	□ nein	□ ja	Welche:_____

Könnten sie schwanger sein? □ nein □ ja

Kontrastmittelnebenwirkungen:
– Paravasat (Flüssigkeit in umliegendes Gewebe)
– Allergien (Hautausschlag, Übelkeit, Schock)
– Weichteil-/Nervenschädigung
– NSF (nephrogene systemische Fibrose) Bindegewebserkrankung
– Nierenschädigung, Nierenversagen
– Restkontrastmittel im Körper (z.B. Gehirn)

MRT Komplikationen:
– Implantaterwärmung
– Tätowierungen
– Piercings
– Permanent Make-Up

Komplikationen durch die medikamentöse Stress-Simulation
– Symptome wie bei körperlicher Belastung
– RR-Abfall, Verlangsamung der Herzfrequenz
– Herzrhythmus-Störungen
– Herzinfarkt
– Luftnot
– Todesfälle

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 andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte Ich den Arzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt meinen neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Arzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ärztin/Arzt Datum, Patientin/Patient