



# RADIOLOGISCHES ZENTRUM DR. WILKE

Höchstadt / Aisch • Nürnberg

Praxis <b>Radiologisches Zentrum Dr. Wilke</b> Facharzt für diagnostische Radiologie Spitalstraße 3 • 91315 Höchstadt BSNR 665303300 Tel.: 09193 - 50 25-0 Fax: 09193 - 50 25-11 info@radiologie-hoechstadt.de www.radiologie-hoechstadt.de	Patientenaufkleber
---	--------------------

## Fragebogen MRT – Untersuchung

Geplante MRT Untersuchung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

1 Tragen Sie <b>Metallimplantate</b> ? (z.B. Herzschrittmacher, Herzklappe, andere Fremdkörper aus Metall, Neurostimulatoren, Cochlea Implantate)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was: _____ _____
2 Haben Sie eine Spirale, , Stent, Tattoos, Piercings, <b>Hörgeräte</b> ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wo: _____ _____
3 Besteht eine <b>Infektionskrankheit</b> ? (Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
4 Haben Sie <b>Allergien</b> ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
5 Sind sie bereits an der jetzt zu untersuchenden Körperstelle <b>operiert</b> ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann: _____
6 Besteht eine <b>Tumorerkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____ _____
7 Haben Sie <b>Klaustrophobie</b> (Angst vor engen Räumen) Panikattacken?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, sprechen Sie unbedingt eine MA an!

### Fragen zum Kontrastmittel:

8 Wurde bereits eine MRT-Untersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9 Wenn ja, mit Kontrastmittel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10 Traten <b>Nebenwirkungen</b> auf?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Sind Sie **schwanger** oder **stillen** Sie?  nein  ja

Haben Sie Frage Nr. 1 mit Ja beantwortet sprechen Sie uns unbedingt an! Denn mit einem solchen Implantat können Wir Sie hier bei uns eventuell nicht untersuchen.



# RADIOLOGISCHES ZENTRUM DR. WILKE

Höchstadt / Aisch • Nürnberg

## **Kontrastmittelnebenwirkungen:**

- Paravasat (Flüssigkeit tritt 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/-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 andere 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.

---

**Datum Patient/Patientin**