



RADIOLOGISCHES ZENTRUM

Höchststadt / Aisch

Praxisstempel

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)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
2 Haben Sie eine Spirale, Stent, Tattoos, Piercings oder Hörgeräte ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
3 Besteht eine Infektionskrankheit ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was: _____
4 Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
5 Sind Sie bereits an der zu untersuchenden Körperstelle operiert ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wo: _____
6 Besteht eine Tumorerkrankung ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
7 Haben Sie Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen)? Panikattacken ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
8 Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
9 Besteht eine Herz-Kreislauf-Erkrankung ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
10 Besteht eine Atemwegs-/Lungenerkrankung ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
11 Leiden Sie aktuell an Herz- oder Thoraxschmerzen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
12 Besteht eine Erkrankung der Nieren ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
13 Wurde bereits eine Leber/Nierentransplantation durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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