

PatientInnen-Name

Geburtsdatum:

**Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:**

- 1.) Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
- 2.) Wurden Sie am Herzen operiert?.....  ja  nein  
Haben Sie eine künstliche Herzklappe?  ja  nein
- 3.) Wurden Sie am Kopf operiert?  ja  nein
- 4.) Tragen Sie elektronische Implantate?.....  ja  nein  
Insulinpumpe, Schmerzpumpe, Neurostimulator, Cochleaimplantat  ja  nein
- 5.) Haben Sie eine Gefäßprothese (Stent oder Bypass)?  ja  nein
- 6.) Befinden sich Metallteile im Körper?.....  ja  nein  
Gelenkprothese.....  ja  nein  
Schrauben/Platten/Drähte.....  ja  nein  
Gefäß- oder chirurgische Clips.....  ja  nein  
Innenohrimplantat.....  ja  nein  
Metallsplitter.....  ja  nein  
Zahnprothese.....  ja  nein  
Zahnimplantate/Stiftzähne  ja  nein
- 7.) Tragen Sie eine Hörhilfe/Hörgerät?  ja  nein
- 8.) Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? (Hepatitis, AIDS, Tuberkulose)  ja  nein
- 9.) Besteht eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit?.....  ja  nein  
Wenn ja, welche?
- 10.) Besteht eine (mögliche) Schwangerschaft?  ja  nein
- 11.) Stillen Sie?  ja  nein
- 12.) Tragen Sie eine Spirale? (Kupferspirale gynäkologisch kontrollieren lassen)  ja  nein

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Sollten Sie unter **Angst** vor engen Räumen leiden, teilen Sie uns dies **vor der Untersuchung** mit. Falls Sie Fragen haben, werden wir uns bemühen diese ausreichend zu beantworten.

Falls es für Ihre Behandlung oder Befundung erforderlich ist, werden Ihre Daten an andere Krankenhäuser oder Radiologen übertragen.

Im Rahmen des Behandlungsvertrages, bin ich zur positiven Mitarbeit verpflichtet.

Im Falle eines stationären Aufenthaltes **am Untersuchungstag**, verpflichte ich mich diesen Umstand schriftlich an das Institut zu melden.

#### **Einwilligungserklärung zur MRT-Kontrastmittelgabe**

Falls es im Rahmen der Untersuchung nötig sein sollte bin ich mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden. Im Falle einer Ablehnung kann die Befundaussagekraft beeinträchtigt sein.  ja  nein

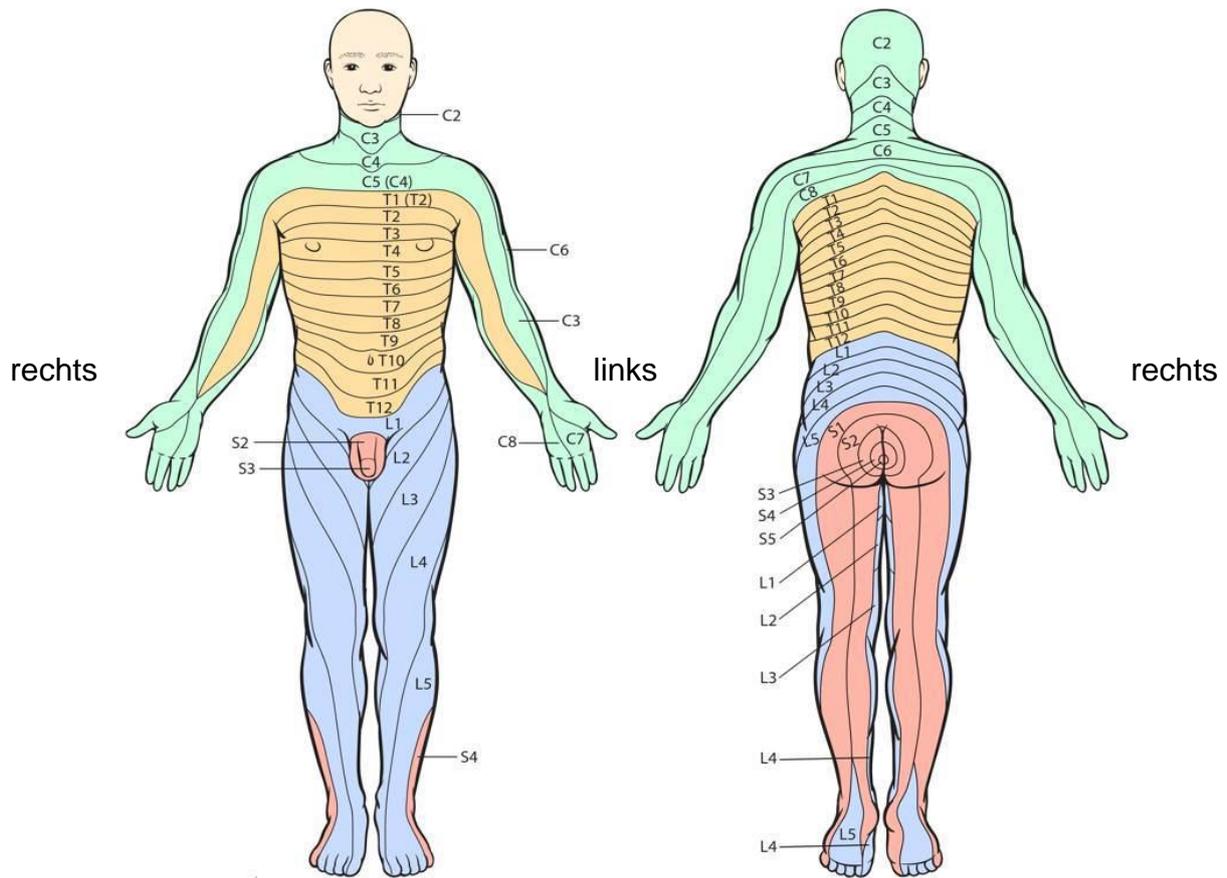
#### **Einwilligungserklärung zur Datenverwendung**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen meine personenbezogenen Daten **anonymisiert** weiterbearbeitet und veröffentlicht werden können.  ja  nein

**Für ein optimales Untersuchungsergebnis ist es erforderlich, dass Sie sich während der Untersuchung NICHT BEWEGEN!**

**BITTE WENDEN**

# Anamneseblatt



Beschwerden/Schmerzen bitte näher angeben und einzeichnen: \_\_\_\_\_

---

---

---

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine/n Unfall/Sturz/Sportverletzung?  ja  nein

---

---

Wurde die zu untersuchende Region bereits operiert?  ja  nein

---

## Einwilligungserklärung zur MRT-Untersuchung

Ich bestätige, dass ich diesen Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu.

---

Unterschrift Personal



Unterschrift Patient/-in