

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.) Haben Sie eines oder mehrere der folgenden Metallteile im Körper?
Gelenkprothese ja nein
Schrauben/Platten/Drähte ja nein
Gefäß- oder chirurgische Klammern..... 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

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

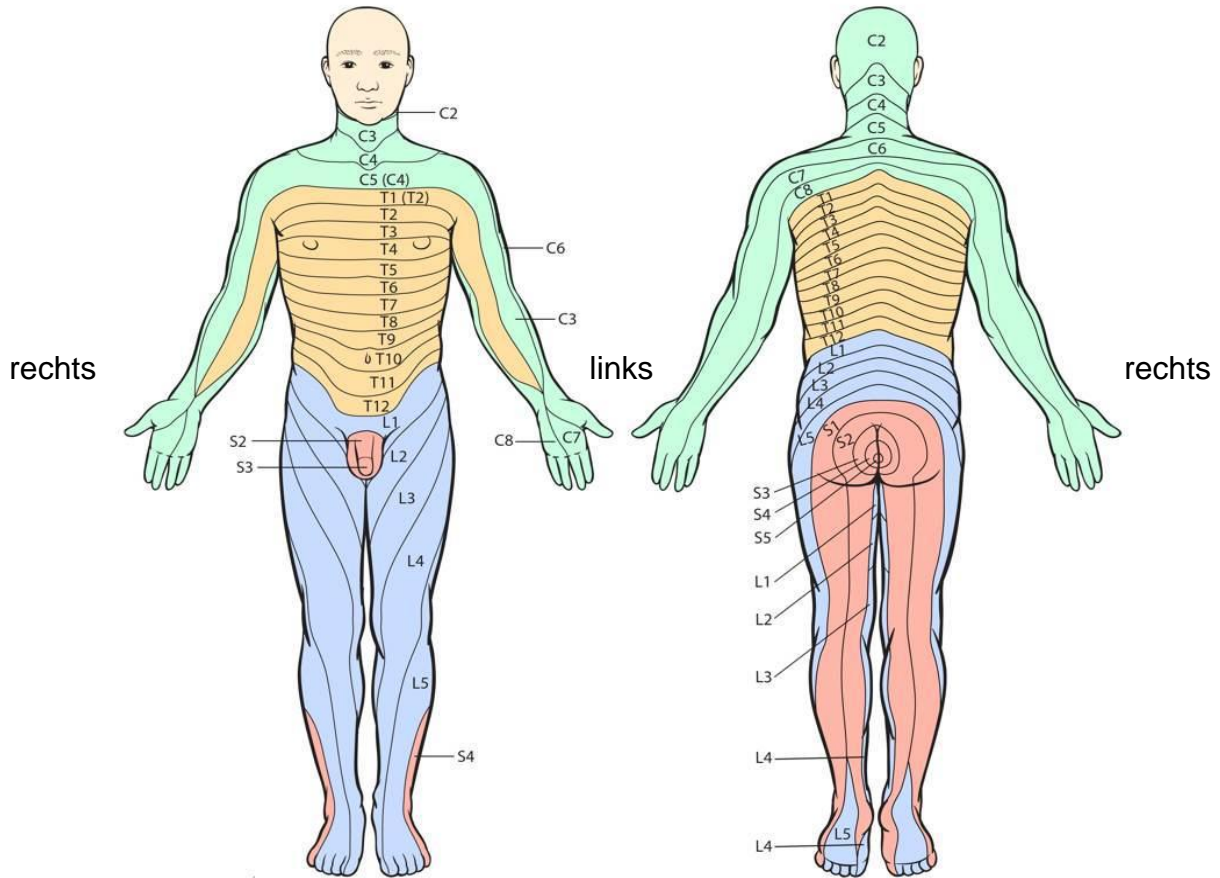
Einwilligungserklärung zur Datenverwendung

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 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.

Personal



Unterschrift Patient/-in