

ANM

MR

TBS

KM

Allgemeine Angaben

Größe und Gewicht cm kg

Was arbeiten Sie? (Beruf/Tätigkeit) _____ Sportliche Tätigkeit _____

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen, falls dies zutrifft:

Nierenerkrankung Schilddrüsenerkrankung Diabetes Bluthochdruck Herzerkrankung
 Lungenerkrankung Rheuma Gicht HIV Hepatitis

Nehmen Sie Medikamente hierfür ein? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

Haben Sie einen ungewöhnlichen Gewichtsverlust? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ Wie viel? _____ In welchem Zeitraum? _____

Hatten/haben Sie eine Tumorerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____ Welcher Tumor? _____

Welche Behandlung? Chemotherapie Bestrahlung OP _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ Wie lange schon? _____ Ja Nein

Fragen zum Anlass der Untersuchung (bitte auch bei Kontrolluntersuchung ausfüllen!)

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Datum _____ Zeitraum _____

Gibt es einen Grund für die Beschwerden? (z. B. Unfall) Ja Nein

Wenn ja, was und wie ist es passiert? _____

Wann treten die Beschwerden auf?

Immer, auch in Ruhe Gelegentlich, ohne erkennbaren Grund
 Nach körperlicher Belastung
 Nach bestimmten Bewegungen: _____

Beschreiben Sie die Beschwerden möglichst detailliert und genau:

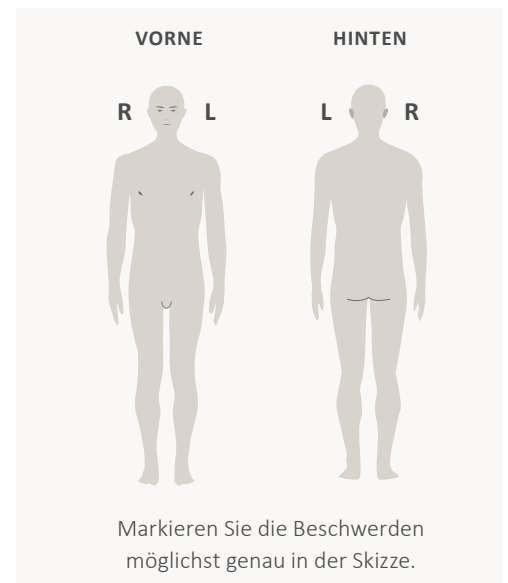
Sind an dieser Stelle bereits Operationen oder sonstige Eingriffe erfolgt? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ Welche? _____ Wie behandelt? _____

Gibt es an dieser Stelle früher Beschwerden/Verletzungen/Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ Welche? _____

Wie behandelt? _____





Fragen zur Untersuchungsdurchführung

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Ja Nein

Tragen Sie andere elektronische Geräte? (z. B. Ohrimplantat, Schmerzmittelpumpe, Hörgeräte...)

Ja Nein

Haben Sie Metall im Körper? (künstliche Gelenke, Schrauben, Drähte, Schienen...)

Ja Nein

Wenn ja, was und seit wann? _____

Wurde ein Stent/Bypass implantiert?

Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Sind oder könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

Fragen zur Kontrastmittelgabe

Ist bei Ihnen schon einmal eine Kontrastmittelunverträglichkeit aufgetreten? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Erbrechen Übelkeit Ausschlag Hautrötung Kribbelgefühl
 Schock Schwindelgefühl weitere: _____

Bei welcher Untersuchung/Kontrastmittel? _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

Hinweise (nur für MRT-Untersuchungen)

Tragen Sie einen Diabetessensor?

Ja Nein

Tragen Sie eine Spirale?

Ja Nein

Wenn ja, Lassen Sie nach der Untersuchung den Sitz der Spirale bei Ihrem Frauenarzt überprüfen.

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Wochen Tätowierungen bekommen?

Ja Nein

ACHTUNG! Bei Tätowierungen und Piercings kann es zu Verbrennung und Gesundheitsgefährdung kommen!

Erklärung des Patienten/der Patientin (bitte ankreuzen, wenn die Erklärung zutrifft!)

Ich erkläre alle Auskünfte wahrheitsgemäß und vollständig angegeben zu haben. Mir ist klar, dass falsche oder fehlende Angaben zu einer Gesundheitsgefährdung führen können. Für den Fall einer MRT-Untersuchung übernehme ich die Haftung für eventuelle Folgeschäden bei vorhandenen Tätowierungen.

Ja Nein

Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden

Ja Nein

Mit der Übersendung von Bildern in das Praxisportal bin ich einverstanden

Ja Nein

Mit der Übersendung des Befundes an den Hausarzt bin ich einverstanden

Ja Nein

Kontaktdaten Hausarzt _____