

Nachname: _____	Geburtsdatum: _____	Körpergröße: _____
Vorname: _____		Gewicht: _____
		Voraufnahmen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Welche **Beschwerden** haben Sie im Untersuchungsbereich und seit wann?

Auf welcher **Seite** sind die Beschwerden:  rechts  links

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Unfall oder Sturz, der mit der heutigen Untersuchung zusammenhängt?  ja  nein

Wurden Sie im Untersuchungsbereich operiert?  ja  nein  
 Wenn ja, wann und weshalb \_\_\_\_\_

Liegen Vorerkrankungen vor?  ja  nein  
 Multiple Sklerose  Rheuma  \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen eines der folgenden Geräte implantiert, wie z. B.  ja  nein

- Herzschrittmacher oder Defibrillator
- künstliche Herzklappe (Pass vorhanden?)
- Insulinpumpe
- Cochlea-Implantat (Ohr-Implantat/implantiertes Hörgerät)
- sonstiges:

Befinden sich Metallteile im Körper, wie z. B.  ja  nein

- Metall-/Granatsplitter
- Gefäß- oder Aneurysmaclips
- Metallplatten nach Operation eines Knochenbruches
- Gelenkprothesen
- Piercings
- magnetische Zahnprothese

Sind Tumore bzw. Krebserkrankungen bekannt?  ja  nein  
 Wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
 Welche Therapie erfolgte?  OP  Bestrahlung  Chemotherapie

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt?  ja  nein

- HIV
- Hepatitis
- sonstige:

Besteht bei Ihnen eine Nierenerkrankung?  ja  nein  
 Sind bei Ihnen Allergien, wie Heuschnupfen, Asthma, gegen Medikamente bekannt?  ja  nein  
 Bekamen Sie schon einmal MRT-Kontrastmittel (nicht jodhaltig und nicht radioaktiv)?  ja  nein  
 Wenn ja, sind Unverträglichkeiten aufgetreten?  ja  nein

Ich bin mit einer evt. intravenösen Gabe von Kontrastmittel (nicht radioaktiv + jodhaltig) durch med. Assistenzpersonal (MTRA, MFA) einverstanden?  ja  nein

**Frauen:** Sind Sie schwanger?  ja  nein  
 Stillen Sie?  ja  nein

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Untersuchung ein.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Betreuer