



- Sonstiges: \_\_\_\_\_  ja  nein

Befinden sich, abgesehen von den Zähnen, Metallteile im Körper?

- Metall-/Granatsplitter  ja  nein
- Gefäßclips  ja  nein
- sonstiges (Piercing usw.)  ja  nein

Hatten Sie bereits ein MRT?  ja  nein

Wo, wann und weshalb? \_\_\_\_\_

Bekamen Sie schon einmal ein MRT-Kontrastmittel?  ja  nein

- Wenn ja, sind Unverträglichkeiten aufgetreten?  ja  nein

Haben Sie **Allergien**?  ja  nein

Wenn ja, was sind das für Allergien? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Klaustrophobie (Angst in engen Räumen)?  ja  nein

Sind bei Ihnen **Tumore bzw. Krebserkrankungen** bekannt?  ja  nein

- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Wann wurde die Diagnose gestellt? \_\_\_\_\_
- Wie wurden Sie therapiert?  OP  Chemo  Bestrahlung

Leiden Sie an **Infektionskrankheiten**?

- HIV  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Sonstige: \_\_\_\_\_  ja  nein

Haben Sie sonstige **Vorerkrankungen**?

- Nierenfunktionsstörung  ja  nein
- Diabetes mellitus  ja  nein
- Sonstige: \_\_\_\_\_  ja  nein

Ich bin mit einer evt. intravenösen Gabe von Kontrastmittel (nicht radioaktiv),  ja  nein

durch med. Assistenzpersonal (MTRA, MFA), einverstanden?

Ich habe den Aufklärungsbogen MRT gelesen.  ja  nein

Ich willige in die geplante Untersuchung ein.  ja  nein

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

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

Interne Anmerkungen:

**Name MTRA:**

--

**anatomische Besonderheiten:**


**Bemerkungen zur Bildqualität:**

z. B. Warum sind Aufnahmen nicht wiederholt wurden
