

MRT-Patientenfragebogen

**BITTE FÜLLEN SIE DIESEN BOGEN AUS UND
MARKIEREN SIE DIE ZUTREFFENDEN ANGABEN:**

Familienname: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____
Körpergröße: _____ **Gewicht:** _____ kg **Tel:** _____
E-Mail Adresse: _____

Existieren Voraufnahmen des Untersuchungs- bereichs?	ja (Diagnostikum)	Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein
	ja (anderer Anbieter)	
	nein werden nachgereicht	

Tragen Sie folgende Metalle/Implantate im bzw. am Körper?	ja	nein
Herzschrillmacher	Cochlea-Implantat	Künstliche Herzklappe
Metall-/Granatsplitter	magnet. Zahnprothese	Metallteile/Prothesen nach Operationen
Insulin-/Schmerzpumpe	Gefäßclips	Hörgerät
Sonstiges:		

Welche Beschwerden haben Sie im Untersuchungsbereich und seit wann?	rechts	links	mittig

Gab es einen Unfall als Ursache für Ihre aktuellen Beschwerden?	ja	nein
Wenn ja, wann?		

Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert?	ja	nein
Wenn ja, welches Jahr und weshalb?		

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?	ja	nein		
Infektionskrankheiten	HIV	Hepatitis	Tuberkulose	Sonstiges:
Chronische Krankheiten	Rheuma	M.Crohn	MS	Sonstiges:
Tumore/Krebs- erkrankungen	Welche? Welches Jahr?			
Nierenerkrankungen	Wie wurden Sie therapiert?	OP	Chemotherapie	Bestrahlung
Allergien	Welche?			

Haben Sie bei früheren Untersuchungen allergisch auf Kontrastmittel reagiert?	ja	nein
--	----	------

Sonstige Anmerkungen:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin des Diagnostikum Berlin _____

Mein überweisender Arzt / meine überweisende Ärztin soll die Ergebnisse der Untersuchung erhalten.

Einwilligungserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich (ggf. für den Patienten):

- den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden zu haben sowie die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
- über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen und bin vollumfänglich aufgeklärt.
- mit einer evtl. Kontrastmittelgabe (nicht jodhaltig, nicht radioaktiv) durch das med. Assistenzpersonal (MTR, MFA) einverstanden zu sein.
- mir meine Entscheidung gründlich überlegt zu haben. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Untersuchung ein.

Doctolib

Hiermit willige ich ein, dass das Diagnostikum Berlin mich bezüglich meines Termins erinnern darf. Mit meiner Einwilligung willige ich in die Datenverarbeitung meiner Mobilfunknummer oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Terminerinnerung ein. Wir weisen Sie daraufhin, dass wir für die Terminerinnerung Doctolib als Dienstleister einsetzen. Die Einwilligung erfolgt auf Basis von Art. 9 Abs. 2 lit. a) i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a) und 7 DSGVO.

Eine Verarbeitung oder Übermittlung meiner personenbezogener Daten erfolgt nicht zu anderen Zwecken.

Ich erteile **keine** Einwilligung bezüglich des Terminerinnerungsservices

HINWEIS: Ablehnung Kontrastmittel-Gabe

In die mir empfohlene Untersuchung mit Kontrastmittel willige ich **NICHT** ein, obwohl ich auf etwaige nachteilige Folgen einer eingeschränkten Beurteilbarkeit ausdrücklich hingewiesen worden bin.

Datum, Unterschrift Patient*In/Bevollmächtigte*r

Hiermit willige Ich in die Untersuchung ein und bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Meine Einwilligungen zur Übermittlung an meine/n überweisende/n Arzt/Ärztin sowie zum Terminerinnerungsservice kann ich jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen. Mit einem Widerruf nach Art. 7 Abs. 3 der DS-GVO wird der Rechtsgrund der Datenverarbeitung aus der Vergangenheit nicht entzogen. Dieser entfaltet seine Wirkung ausschließlich ab Zugang des Widerrufs in die Zukunft.

Ich bin einverstanden, dass mir **KEINE** Kopie des Aufklärungsbogens ausgehändigt wird.

ja

nein

Datum, Unterschrift Patient*In/Bevollmächtigte*r

Name Bevollmächtigte*r