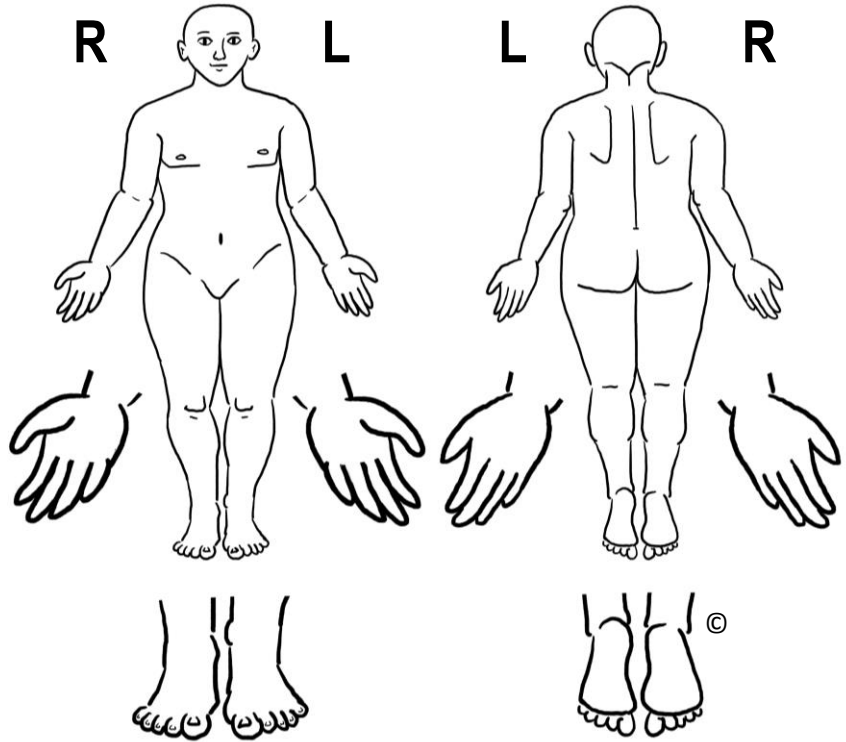


## MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT) - ANAMNESEBLATT / FRAGEBOGEN

Nehmen Sie sich bitte kurz Zeit für folgende Fragen. **Sie tragen damit zu Ihrer Diagnose bei.** Bitte beschreiben Sie kurz **Ihre Beschwerden** und **markieren** Sie in den **Skizzen exakt** die Region, wo sie die **Schmerzen/Beschwerden** haben.

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden:



Ihre Größe: ..... Ihr Gewicht: .....

**Wurden bereits Operationen durchgeführt?**

Ja  Nein

Wenn ja, wann? Welche? \_\_\_\_\_

**Sind Operationen geplant?**

Ja  Nein

Wenn ja, wann? Welche? \_\_\_\_\_

**Ist ein Unfall die Ursache Ihrer Beschwerden? (Verkehrsunfall, Sportunfall, etc)**

Ja  Nein

Wenn ja, wann war der Unfall? Welche? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an, oder hatten Sie, abgesehen vom Grund der heutigen Untersuchung, einer der folgenden Krankheiten?**

**Nierenerkrankung (Nierenoperation)?**

Ja  Nein

**Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?**

Ja  Nein

**Hypertonie (Bluthochdruck)?**

Ja  Nein

**Tumorerkrankungen?**

Ja  Nein

Wenn ja, welchen?

Hatten Sie **Chemotherapie**

Ja  Nein

oder **Strahlentherapie?**

Ja  Nein

**Andere Erkrankungen?** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Ja  Nein

Wie viele Jahre? \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen pro Tag? \_\_\_\_\_

Das ursprüngliche Merkblatt ist auch in Internet unter [www.oerg.at](http://www.oerg.at) abrufbar.

Um bei Ihnen, ein möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

**Haben oder hatten Sie einen Herzschrittmacher, einen implantierten Defibrillator, eine Insulinpumpe oder einen Insulinsensor?**

Ja  Nein

Wenn ja, sind diese „MR tauglich“ (MR conditional)

Ja  Nein

**Haben Sie weitere Implantate, Prothesen oder ein Hörgerät?**

Ja  Nein

Zutreffendes bitte Unterscheiden: z.B. HERZKLAPPE, OHRIMPLANTATE, SCHMERZPUMPE, STENT, ANEURYSMACLIP, ZAHNERSATZ, GELENKSPROTHESE

Bitte zeigen Sie dem medizinischen Personal Ihren Implantatsausweis!

**Haben Sie andere metallische Implantate? (oder Metallsplitter, etc.)**

Ja  Nein

**Wurden bei Ihnen Operationen am Herzen, am Kopf oder an einem Gelenk durchgeführt?**

Ja  Nein

Wenn ja, wann? Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie **tätowiert (permanent Make-up)**, tragen Sie **Körperschmuck (Piercing)** oder ein **Medikamentenpflaster**?

Ja  Nein

Haben Sie **Allergien, Asthma, oder Medikamentenunverträglichkeit**?

Ja  Nein

Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind extrem selten.

Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle!

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an Klaustrophobie („Platzangst“)?**

Ja  Nein

**Besteht/bestand eine Infektionskrankheit?** (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)

Ja  Nein

Für PatientInnen:

**Könnten Sie schwanger sein, stillen Sie gerade?**

Ja  Nein

**Verhüten Sie mittels Spirale?**

Ja  Nein

**ACHTUNG: Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.**

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden. Ich fühle mich informiert, habe mir meine Entscheidung überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu.

Unterschrift d. **Patienten** bzw. gesetzlichen Vertreters

Namen und Unterschrift d. ÄrztIn und MTD/MTF/RT

**Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der/dem Assistentin/en zu übergeben.**

**Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:**

PatientIn stimmt der Untersuchung zu.

Ja  Nein

Kontrastmittel:

Ja  Nein

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde die/der PatientIn/Patient über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert