

Patienten-Fragebogen Kernspintomografie/MRT

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ kg Untersuchungsdatum: _____

Für den reibungslosen Untersuchungsablauf bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

JA NEIN

Haben Sie einen Herzschrittmacher?		
Metallclipse nach Operationen? Welche?		
Operationen an Herz oder Kopf?		
Haben Sie eine Ohrprothese?		
Metallsplitter im Körper oder Auge?		
Insulin- oder Schmerzpumpe?		
Leiden Sie unter Bluthochdruck?		
Künstliche Herzklappen?		
Ist eine Nierenfunktionsstörung bekannt?		
Leiden Sie an Allergien?		
Könnten Sie schwanger sein oder stillen?		
Sollte es nötig sein, bin ich mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden		
Ich bin mit der Untersuchung einverstanden		

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich außerdem einverstanden, dass die Befunde und Bilder meiner Untersuchungen in der Praxis Radiologie Frankfurt Zeil an weiterbehandelnde Ärzte herausgegeben und Voruntersuchungen von anderen Ärzten/Kliniken angefordert werden können. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____