

Prof. Dr. med. Test-Vorname von Testperson, geb 01.01.1990

Wir möchten Sie bitten, folgende Fragen vor der Untersuchung zu beantworten:
Haben Sie ...

1. einen **Herzschrittmacher**? (falls ja, bitte Rücksprache Anmeldung) **Ja** **Nein**
2. Tattoos, Piercings oder Permanent Make-up? **Ja** **Nein**
3. Eine Operation am Kopf o. am Herzen (künstl. Herzklappe)
hinter sich? **Ja** **Nein**
Falls ja, wo genau? _____
4. ein Ohrimplantat, Hörgeräte? **Ja** **Nein**
5. oder: Metallplatten, -splitter, Schrauben, -gelenkprothesen,
Stent, Gefäßclips, Shunt, Insulin- oder sonstige Pumpen im Körper?
Falls ja, wo? _____ **Ja** **Nein**
6. Besteht eine Nierenerkrankung, -funktionsstörung? **Ja** **Nein**
7. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
(z. B.: Aspirin, Marcumar, ASS 100, Plavix) **Ja** **Nein**
8. Leiden Sie unter Klaustrophobie, "Platzangst"? **Ja** **Nein**
9. Besteht eine chronische Infektion (HIV, Hepatitis) (freiwillig) **Ja** **Nein**
10. Besteht oder Bestand eine Tumorerkrankung? **Ja** **Nein**
11. Haben Sie schon einmal MR-Kontrastmittel bekommen? **Ja** **Nein**
Falls ja: Haben Sie es gut vertragen? **Ja** **Nein**
12. **Ich lehne eine Kontrastmittelgabe ab.** **Ja** **Nein**
13. Ihr Gewicht ca. _____ kg (wichtig) Größe: _____
14. Nur Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie zurzeit? **Ja** **Nein**

Ich habe diese Information und die gestellten Fragen verstanden und korrekt beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Vor der Untersuchung bzw. vor einer eventuellen Kontrastmittelgabe werden Sie Gelegenheit haben, Fragen an die Assistentin oder den Arzt zu stellen.

Ich wünsche Dokumentation der Untersuchungsbilder auf CD **Ja** **Nein**

Dieses Formular verbleibt im Original bei/m Patient/in gemäß des geltenden Patientenrechtgesetzes lt. BGB.

Unterschrift Patienten: Prof. Dr. med. Test-Vorname von Testperson (Erziehungsberechtigten) Unterschrift des Arztes