

MRT der Brust (MR-Mammographie)

Fragebogen

Name	Vorname	Geb.-Datum
Adresse		
X _____	X _____	
Tel.-Nummer	Krankenkasse	

Krea: _____
KM: _____ ml
MTAR: _____

- ▶ Welches **Körpergewicht** und welche **Körpergröße** haben Sie? kg cm
 - ▶ Hatten Sie eine **Brust-Operation**? nein ja rechts links
 - ▶ Haben Sie **Silikonimplantate**? nein ja
 - ▶ Besteht bei Ihnen eine **Nierenerkrankung**? nein ja
Wenn ja, welche?
 - ▶ Bestehen bekannte **Allergien**? nein ja
Wenn ja, welche?
 - ▶ Kam es bei einer früheren MRT-Untersuchung zu **Unverträglichkeitserscheinungen**? nein ja
Wenn ja, welche?
 - ▶ Haben Sie ein **Glaukom** (Grüner Star)? nein ja
 - ▶ Leiden Sie an **Diabetes** (Zuckerkrankheit)? nein ja
 - ▶ Sind in Ihrem Körper **Metallteile**? nein ja
Wenn ja, **welche**?
- | | | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Cochlea-Implantat |
| <input type="checkbox"/> Gefäßclips | <input type="checkbox"/> Stents | <input type="checkbox"/> Künstliche Linse (Auge) |
| <input type="checkbox"/> Shunt | <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> Metallsplitter |
| <input type="checkbox"/> Permanent Make-Up / Tattoos | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Einwilligungserklärung

Ich willige in die Untersuchung ein. Mit einer intravenösen Kontrastmittel-Gabe bin ich einverstanden.

X.....

Datum

X.....

Unterschrift Patientin