



01222333210813027205

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

1. **Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder ein Hörgerät?** ja nein
2. **Haben Sie Metallteile im Körper?** ja nein
z.B.: Implantate, Defibrillator, Herzklappe, Ohrimplantat, Aneurysmaclip, Insulinpumpe, Schmerzpumpe, Gelenkprothese, Shunt, Port-a-Cath, Stent, Metallsplitter, Piercing
Wenn ja, welche?:
3. **Haben Sie schon einmal eine MR-Untersuchung gehabt?** ja nein
Hat es dabei Probleme gegeben?
Wenn ja, welche?:.....
4. **Leiden Sie unter Platzangst?** ja nein
Achtung: Wenn Ihnen wegen Platzangst ein Beruhigungsmittel verabreicht werden muss, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten
5. **Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?** ja nein
6. **Hatten Sie eine Nieren- oder Lebertransplantation?** ja nein
7. **Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeiten?** ja nein
Wenn ja, welche?:.....
Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle.
8. **Verwenden Sie derzeit Hormon- oder Schmerzpflaster?** ja nein
9. **Sind Sie innerhalb der letzten 3 Tage tätowiert worden bzw. haben Sie ein Permanent Make-Up machen lassen?** ja nein
10. **Körpergewicht**kg **Körpergröße**cm

Für Patientinnen:

11. **Könnten Sie schwanger sein?** ja nein
12. **Stillen Sie?** ja nein
13. **Verhüten Sie mittels Spirale?** ja nein
Achtung: Falls Sie eine Kupferspirale verwenden, bitten wir Sie nach der MRT Untersuchung einen/eine GynäkologIn aufzusuchen, da es durch das Magnetfeld zu möglichen Verschiebungen kommen könnte.

geb.:



01222333210813027205

Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr

14. **Möchten Sie, dass Sie das DZB für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm anmeldet, sodass Sie in den nächsten Tagen bei uns eine kostenlose Mammographie durchführen können?** ja nein

- Ich bin damit einverstanden, dass die Bilder und Befunde der bei mir durchgeführten Untersuchung(en) an die Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) gesendet werden, damit sie dort im Falle einer notwendigen Behandlung meiner Person rasch abgerufen werden können. Diese übermittelten Bilder und Befunde werden im Wiener Krankenanstaltenverbund elektronisch abgelegt und gelangen erst bei meinem nächsten Besuch in einer Einrichtung des Wiener Krankenanstaltenverbundes zur Beachtung.

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

**Unterschrift der/des Patientin/en
bzw. des gesetzlichen Vertreters**

Name und Unterschrift Ärztin / Arzt

Datum/Uhrzeit

Name und Unterschrift MTD

 **Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem Röntgenpersonal zu übergeben**

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

.....
.....

Der/die Patient/in geb.: stimmt der Untersuchung nicht zu.

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die Folgen aufgeklärt.

.....



Magnetresonanztomographie

Um die diagnostische Qualität unserer Untersuchung zu steigern, ersuchen wir Sie höflichst die folgenden Fragen zu beantworten:

Zutreffendes bitte ankreuzen

1) Lokalisation der Beschwerden, welches Gelenk oder Wirbelsäulenabschnitt ist betroffen?

2) Ist Ihnen ein Unfall oder eine Verletzung bekannt?

ja nein

Falls ja, wann? _____

Was ist passiert? _____

3) Haben Sie Schmerzen?

ja nein

Falls ja, seit wann? _____

Markieren Sie bitte die betroffenen Stellen (wo die Schmerzen lokalisiert sind bzw. wohin sie ausstrahlen) auf der Grafik

5) Hatten Sie schon eine Operation, Arthroskopie oder Punktion?

ja nein

Falls ja, wann war diese? _____

In welchem Bereich? _____



