

NAME, VORNAME _____ GEBOREN AM _____

TELEFON _____ GRÖÖE _____ GEWICHT _____

Bitte beantworten Sie zur Überprüfung möglicher Risiken folgende Fragen:

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine künstl. Herzklappe, einen Defibrillator Oder andere Metallteile/Implantate in Ihrem Körper (Metallprothesen, Metallsplitter, magnetisches Zahnimplantat, Innenohrimplantat, elekt. Geräte, Hörgeräte)?
Welche? Bitte unterstreichen oder benennen! _____ ja nein

Bei festsitzenden Zahnspangen (z.B. Retainer oder Bracketts) kann es zu Zahnschmelzverfärbungen kommen.

Tragen Sie eine Insulinpumpe/ einen Diabetessensor? ja nein
Wenn ja, legen Sie diese/n bitte zur Untersuchung ab!

Ist bei Ihnen eine Kopfoperation mit Gefäßclips erfolgt? ja nein

Ist im Rahmen einer Gefäßbehandlung eine Stenteinlage erfolgt? Wann? _____ ja nein

Ist Ihnen eine Allergie bekannt? Welche? _____ ja nein

Leiden Sie unter Klaustrophobie (**Beklemmung in engen Räumen**)? ja nein

Ist bei Ihnen eine ansteckende Erkrankung (HIV, Hepatitis, MRSA) bekannt? ja nein

Ist Ihnen eine Grunderkrankung (z.B. Rheuma) bekannt? ja nein

Welche? _____

Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung? ja nein

Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich bei Notwendigkeit einverstanden. ja nein

Wurden Sie bereits im Bereich/am Organ der zu untersuchenden Körperregion operiert? Wann? _____ ja nein

Haben Sie Tätowierungen/Permanent MakeUp? Seit wann? _____ ja nein

Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt?
 Wenn ja, welche? _____ ja nein

OP der Krebserkrankung: _____ Wann _____

Strahlentherapie: _____ Wann: _____

Chemotherapie: _____ Wann: _____

Könnten Sie schwanger sein? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Tragen Sie eine **Intrauterine Spirale**? ja nein

In seltenen Einzelfällen wurde eine Verlagerung der Spirale beobachtet.
 Wir empfehlen deshalb, den **Sitz der Spirale** nach der Untersuchung **überprüfen zu lassen.**

Patienten ID (wird von uns ausgefüllt): _____

Untersuchungsdatum: _____ Untersuchungsregion: _____

=====

IHR VOR-UND NACHNAMEN IN DRUCKBUCHSTABEN: _____

WANN IST DER NÄCHSTE ARZTTERMIN BEI IHREM ÜBERWEISER? _____

Der Befund darf auf Nachfrage von meinem weiterbehandelnden Haus- bzw. Facharzt angefordert werden.

Mit einer Befundübermittlung bin ich einverstanden. ja nein

Ich werde alle Metallgegenstände (z. B. Schlüssel, Uhr, Schmuck, Münzen, Feuerzeug, Hörgerät, Piercings) und alle Datenträger (z. B. Kreditkarte, Mobiltelefon) in der Kabine lassen.

ja

Ich habe alle Informationen auf dem Aufklärungsbogen verstanden und fühle mich ausreichend aufgeklärt.

ja

Gibt es Voraufnahmen/Vorbefunde von der heute zu untersuchenden Körperregion?

Wenn ja, bitte vor der Untersuchung an der Anmeldung abgeben!

Bitte legen Sie Ihren Klappenpass bzw. den Implantat - Pass vor!

Welche Seite soll untersucht werden? (nur bei Gelenk-Untersuchungen):

links rechts

Berlin, den _____

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Gesprächsnotizen:

Unterschrift Radiologe/in