



Nachname: ..... Wohnort: .....  
 Vorname: ..... Straße: .....  
 Geburtsdatum: ..... Tel.: .....  
 Gewicht (in kg!): ..... Größe: ..... Krankenkasse / -versicherung: .....  
 für Privatpatienten: Bei Sondertarif, bitte Vertragskopie abgeben!

Anamnese: (wird vom Personal ausgefüllt)	GlucaGen _____	Dormicum _____	Krea _____
	Butyl _____	AG _____	TSH _____
	Fenistil _____	CD _____	GFR _____
	NaCl _____	CDM _____	KM _____ ml
	<input type="checkbox"/> Clariscan	<input type="checkbox"/> Dotarem	<input type="checkbox"/> Primovist
	<input type="checkbox"/> Gadovist	<input type="checkbox"/> Dotagita	

MRT heißt **MagnetResonanzTomographie** (auch Kernspintomographie). Hier werden mit Hilfe von Magnetfeldern Schnittbilder von Körperregionen erzeugt. In ca. 10 - 30 Minuten wird eine große Anzahl von Bildern aufgenommen. Während der Untersuchung müssen Sie ganz ruhig liegen. Die Messungen werden von lauten Klopfgeräuschen begleitet. Zur Untersuchung legen Sie bitte Kleidung mit Metallteilen ab, ebenso Uhren, Ohrhörer, Hörgeräte, herausnehmbare(n) Zahnsplangen / Zahnersatz, Geld(börsen), Brieftaschen, Schlüssel sowie Chip- und Scheckkarten. Gegebenenfalls wird die Untersuchung durch eine Kontrastmittelinjektion in den Arm ergänzt.

Tragen Sie im oder am Körper (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- einen **Herzschrittmacher / Defibrillator?** (wenn **ja**, bitte **sofort** melden!) . . . . . ja  nein
- oder andere elektronische Geräte (Hörgeräte, Insulinpumpe, Stimulator usw.)? . . . . . ja  nein
- herausnehmbaren Zahnersatz? . . . . . ja  nein
- Metallimplantate (künstliche Gelenke, Stents, Metallsplitter)? . . . . . ja  nein
- Besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion? Kreatinin-Wert: . . . . . ja  nein
- Haben Sie eine Allergie? . . . . . ja  nein

Traten bei Ihnen schon einmal Probleme im Zusammenhang mit einer MRT-Untersuchung oder Kontrastmittelgabe auf? . . . . . ja  nein

Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? . . . . . ja  nein

Haben Sie eine Spirale? (Wenn ja, sollte von Ihrem Gynäkologen nach der MRT-Untersuchung zur Gewährleistung der Verhütung eine Lagekontrolle erfolgen!) . . . . . ja  nein

Ist im Zusammenhang mit der heutigen Untersuchung eine **ambulante OP** geplant oder vorgenommen worden? . . . . . ja  nein

**Wenn eine Frage mit Ja ⊗ beantwortet wurde, teilen Sie es bitte dem untersuchenden Personal mit.**

Ihr(e) überweisende(r) Ärztin / Arzt erhält Bilder und Befund nach ca. 7 Tagen. Bei dringenderen Terminen oder anderweitigen Fragen wenden Sie sich bitte an das Personal der MRT-Abteilung.

**Einverständniserklärung**

Mit der Durchführung der Untersuchung und einer evtl. erforderlichen Kontrastmittelinjektion bin ich einverstanden. Bei bestehenden Voraufnahmen / Befunden / Arztbriefen stimme ich der Herausgabe dieser an die Radiologie Rostock zu.

Rostock, den ..... Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in): .....

