



Name: _____ Geb.datum: _____ Tel.Nr. _____

**Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus!
Zutreffendes bitte ankreuzen.**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? ja nein
(wichtige Informationen bezüglich der MRT-Tauglichkeit des Herzschrittmacher- oder Defibrillators entnehmen Sie Ihrem Ausweis)

Wurde bei Ihnen schon eine MR-Tomographie durchgeführt? ja nein

Leiden Sie an Klaustrophobie (Beklemmungen in engen Räumen)? ja nein

**Haben Sie Metallteile im/am Körper (Clips, Metallsplitter, tragen Sie ein Hörgerät,
Neurostimulatoren, Stents, Implantate, Piercings, Tätowierungen etc.)?** ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Gab es bei früheren Untersuchungen Kontrastmittel-Reaktionen? ja nein

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung (Einschränkung der Nierenfunktion)? ja nein

Könnten Sie schwanger sein? ja nein

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt(HIV,Hepatitis,TBC)? ja nein

Körpergewicht: _____ kg **Körpergröße:** _____ cm

Vermerke zum Aufklärungsgespräch:

Einwilligung

**Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt; ich benötige keine weitere
Überlegungsfrist. Ich willige in die MR-Tomographie ein.** ja nein

Ort, Datum

Patient/in; Betreuer; Eltern

Bei minderjährigen Patienten:

Mit der Durchführung der Untersuchung und einer evtl. notwendigen Kontrastmittelgabe bei meiner Tochter /meinem Sohn bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Patient/in; Betreuer; Eltern(Sorgeberechtigte(r))

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Fragebogen zu Ihrer Gesundheit

Alle hier gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst exakt und wahrheitsgemäß.

1.0 Wo haben Sie momentan Schmerzen?

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe Beschwerden im Bereich:

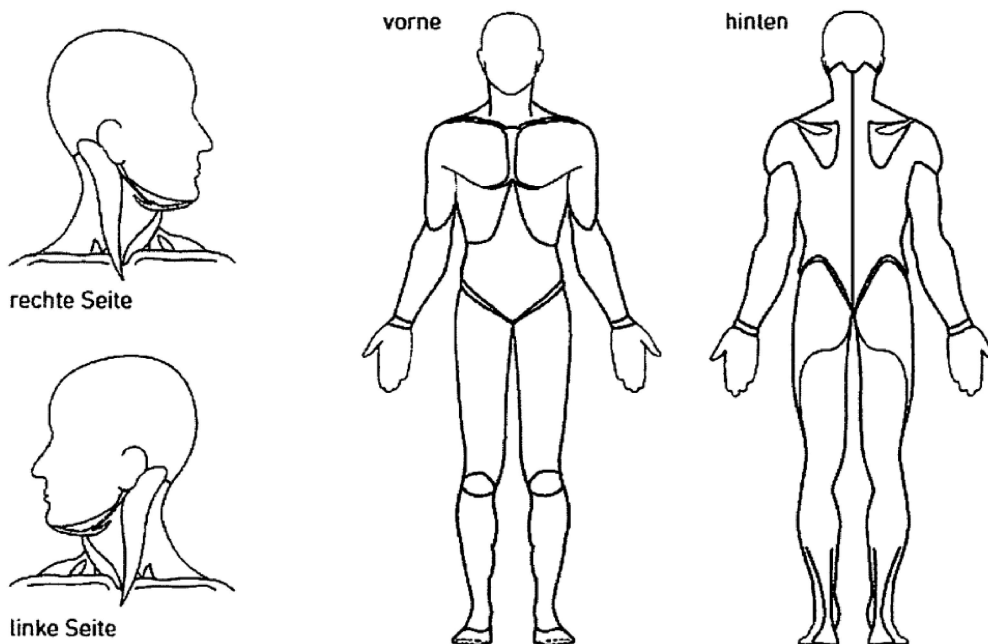
Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule Gelenke

Andere: _____

Meine Beschwerden sind akut seit: Tage Wochen

Meine Beschwerden sind chronisch seit: Monate Jahre

1.1 Bitte schraffieren Sie in der Darstellung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben.



2.0 Wie sind Ihre Schmerzen?

- | | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> örtlich begrenzt | <input type="checkbox"/> ausstrahlend | <input type="checkbox"/> pochend | <input type="checkbox"/> klopfend |
| <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> einschießend | <input type="checkbox"/> stechend |
| <input type="checkbox"/> brennend, heiß | <input type="checkbox"/> elektrisierend | <input type="checkbox"/> kolikartig | <input type="checkbox"/> ziehend |
| <input type="checkbox"/> bohrend | <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> wechselnd | <input type="checkbox"/> allmählich |
| <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> dauernd | <input type="checkbox"/> haltungsabhängig | <input type="checkbox"/> mit Taubheit |
| <input type="checkbox"/> in Ruhe stärker | <input type="checkbox"/> in Ruhe stärker | | |
| <input type="checkbox"/> mit Lähmung | <input type="checkbox"/> bei Bewegung stärker | | |
| | <input type="checkbox"/> mit Störung und/oder Zunahme beim Wasserlassen bzw. Stuhlgang | | |