

Patientenfragebogen Magnetresonanztomographie

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir dürfen Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten.**

Name: _____
 Adresse: _____ Telefon: _____
 Geburtsdatum: _____ Alter: _____
 Größe: _____ Gewicht: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Medikamentenname	Morgens	Mittags	Abends

Haben Sie innerhalb der letzten 24 Stunden folgende Substanzen:
 - Kaffee, Tee, Cola, Schokolade, Energy-Drinks
 - die Medikamente Theophyllin, Dipyridamol, Nitrotabletten, Nitrospray
 zu sich genommen? nein ja, welche? _____

Sind bei Ihnen folgende Symptome, bzw. Erkrankungen bekannt?

Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Luftnot	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzstolpern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Sind bei Ihnen folgende kardiovaskuläre Risikofaktoren bekannt

Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-----------------	---	-------------------------	---

Bluthochdruck nein ja Rauchen nein ja
Familiäre Disposition nein ja

Wurde bei Ihnen schon eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?

nein ja, wann und wo? _____

Bitte kreuzen Sie die folgenden Punkte an.

Herzschrillmacher implantiert nein ja, wann? _____
-wenn ja, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden!-

Neurostimulator, Medikamentenpumpe nein ja, welche? _____
-wenn ja, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden!-

Allergien bekannt nein ja, welche? _____
(insbesondere gegen Kontrastmittel)

Herzoperation durchgeführt nein ja, welche? _____

Implantate im Herzen nein ja, welche? _____
(z.B. Herzklappen, Verschlussysteme)

Metallteile oder -splitter im Körper nein ja, welche? _____
(insbesondere Auge, Gehirn)

Schwangerschaft nein ja

Intrauterinpeffsar (IUP, sog. „Spirale“)? nein ja

Ich bestätige hiermit, dass ich die obigen Fragen gewissenhaft beantwortet habe.

Datum _____

Unterschrift _____

Notizen des untersuchenden Arztes: