

# Patienten-Anmeldebogen

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon-Nr. tagsüber:

**Bitte geben Sie mitgebrachte Befunde und Aufnahmen an der Anmeldung ab!**

Medizinische Daten: Größe: cm Gewicht: kg

**Für Patientinnen:**

Wenn Sie eine Spirale tragen, sollten Sie nach einer **MRT-Untersuchung** die korrekte Lage bei Ihrem Frauenarzt kontrollieren lassen.

**Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?** O ja, welcher Monat O nein  
**Befinden Sie sich in der Stillzeit?** O ja O nein

<b>Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Eventrecorder oder eine künstliche Herzklappe?</b>	O ja O ja O ja	O nein O nein O nein
<b>Tragen Sie Metallimplantate im Körper oder Zahnersatz?</b> (z. B. Insulinpumpe, Medikamentendosiergeräte, künstliche Gelenke, Hörgeräte, Stent, Clip's)	O ja, welche und seit wann	O nein
<b>Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?</b>		
Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)	O ja	O nein
Schilddrüsenerkrankung	O ja	O nein
Nierenerkrankung	O ja	O nein
Herzerkrankung	O ja	O nein
Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV)	O ja	O nein
Augenerkrankung (z. B. grüner Star)	O ja	O nein
<b>Nehmen Sie regelmäßig folgende Medikamente:</b>		
Blutverdünnungsmittel	O ja	O nein
Schilddrüsenmedikation	O ja, welches	O nein
Zuckermedikation	O ja, welches	O nein
<b>Leiden Sie an einer:</b>		
• <b>Medikamentenunverträglichkeit oder einer Kontrastmittel-Allergie?</b>	O ja, welche(s)	O nein
• <b>Sorbitunverträglichkeit?</b>	O ja	O nein
• <b>Fruktoseintoleranz?</b>	O ja	O nein

Bei einem großen Teil der Untersuchungen wird zu diagnostischen Zwecken ein Kontrastmittel verabreicht. Vereinzelt kann es zu Unverträglichkeiten kommen (z.B. Hautrötung, Jucken, Quaddeln, Übelkeit, allergischer Schock). Das Kontrastmittel wird während der Untersuchung maschinell mittels Injektor oder per Hand in die Vene injiziert.

**Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.** O ja O nein

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.**

Münster, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder gesetzlicher Vertreter

**Die Einverständniserklärung zum Datenschutz liegt der Praxis vor.** o ja o nein

Münster, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder gesetzlicher Vertreter