



## Anamnesebogen

### Fragen zur Untersuchungsdurchführung

Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?

☐ Ja ☐ Nein

Ich hatte in der Vergangenheit Untersuchungen

• mit Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen (Röntgen, CT, Nuklearmedizin).  
Wann? \_\_\_\_\_

☐ Ja ☐ Nein

• als Magnetresonanztomografie (MRT)/Kernspintomografie. Wann? \_\_\_\_\_

☐ Ja ☐ Nein

Ich besitze einen Röntgenpass bzw. frühere Untersuchungsunterlagen.

☐ Ja ☐ Nein

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**

☐ Ja ☐ Nein

**Sind andere elektronische oder mechanische Geräte implantiert?**

☐ Ja ☐ Nein

(z. B. Ohrimplantate, Neurostimulator, Herzklappe etc.)

**Haben Sie sonstiges Metall im Körper?**

☐ Ja ☐ Nein

(z. B. künstliche Gelenke, Stent/Bypass, Schrauben, Drähte etc.)

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Anm

### Fragen zur Kontrastmittelgabe

Ist bei Ihnen schon einmal eine Kontrastmittelunverträglichkeit aufgetreten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? ☐ Übelkeit

☐ Ausschlag

☐ Hautrötung

☐ Kribbelgefühl

☐ Erbrechen

☐ Schock

☐ Schwindelgefühl

☐ weitere: \_\_\_\_\_

Bei welcher Untersuchung/Kontrastmittel? \_\_\_\_\_

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Medikamente? \_\_\_\_\_

**Hinweise** (für MRT-Untersuchungen - wegen Untersuchung im Magnetfeld)

**Tragen Sie abnehmbare elektronische Geräte?** (Hörgerät, Smart Watch, Diabetensensor, Schmerzpumpe) Diese Geräte können sich im Magnetfeld erhitzen, Ihre Haut verbrennen und kaputt gehen. Sie müssen deswegen vor der Untersuchung entfernt werden.

☐ Ja ☐ Nein

**Tragen Sie eine Spirale?**

☐ Ja ☐ Nein

Lassen Sie nach der Untersuchung den Sitz der Spirale beim Frauenarzt überprüfen.

**Haben Sie innerhalb der letzten 6 Wochen Tätowierungen bekommen?**

☐ Ja ☐ Nein

ACHTUNG! Bei Tätowierungen und Piercings kann es zu Verbrennungen und Gesundheitsgefährdung kommen.

**Erklärung des Patienten/der Patientin** (bitte ankreuzen, wenn die Erklärung zutrifft)

Ich erkläre, alle Auskünfte wahrheitsgemäß und vollständig angegeben zu haben. Mir ist klar, dass falsche oder fehlende Angaben zu einer Gesundheitsgefährdung führen können und ich die Haftung für etwaige Folgeschäden übernehme. Das Merkblatt MRT bzw. CT und die Informationen zur Kontrastmittelgabe habe ich zu Kenntnis genommen. Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Untersuchung ein.

**Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden**

☐ Ja ☐ Nein

Kontrastmittel wird nur bei der entsprechenden medizinischen Indikation gegeben.

**Mit der Übersendung von Bildern/Befund in das Praxisportal bin ich einverstanden**  
Sie erhalten einen QR-Code für unser Praxisportal, in dem Ihre Bilder und Ihre Befund für drei Monate angezeigt wird. Eine CD mit den Bildern bekommen Sie nur auf expliziten Wunsch gegen Rechnung ausgehändigt.

☐ Ja ☐ Nein

**Mit der Übersendung des Befundes an Hausarzt/Hausärztin bin ich einverstanden.**

☐ Ja ☐ Nein

**Hausarztpraxis:** \_\_\_\_\_

**Weitere Ärzt\*innen, die den Befund erhalten sollen:** \_\_\_\_\_

Vorb.	Gerät	GFR: _____
		TSH: _____
Auto	KM	<input type="checkbox"/> Kein Essen
<input type="checkbox"/> IGeL		<input type="checkbox"/> Getränk
<input type="checkbox"/> CD extra		<input type="checkbox"/> Prämedikation
		<input type="checkbox"/> Vorbefunde

## Allgemeine Angaben

Größe und Gewicht  cm  kg

Was arbeiten Sie? (Beruf/Tätigkeit) \_\_\_\_\_ Sportliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?** Bitte ankreuzen, falls diese zutrifft:

- |   |   |                                   |  |                                   |
|---|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Rheuma   |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung         | <input type="checkbox"/> Gicht    | <input type="checkbox"/> HIV/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sonstige |

**Nehmen Sie Medikamente hierfür ein?** Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ ☐ Ja ☐ Nein

**Haben Sie einen ungewöhnlichen Gewichtsverlust?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wie viel? \_\_\_\_\_ In welchem Zeitraum? \_\_\_\_\_

**Hatten/haben Sie eine Tumorerkrankung?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Welcher Tumor? \_\_\_\_\_

Welche Behandlung? ☐ Chemotherapie ☐ Bestrahlung ☐ OP ☐ Sonst.: \_\_\_\_\_

**Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?** Wenn ja, welche?

- |                                    |                                      |   |  |  |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blinddarm | <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Unterleib (Frauen) | <input type="checkbox"/> Prostata (Männer) | <input type="checkbox"/> Sonst.: _____ |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|

**Rauchen Sie?** ☐ Ja ☐ Nein Wie viel? \_\_\_\_\_ Wie lange schon? \_\_\_\_\_

## Fragen zum Anlass der Untersuchung (bitte auch bei Kontrolluntersuchungen ausfüllen!)

**Seit wann haben Sie Beschwerden?** Datum \_\_\_\_\_ Zeitraum \_\_\_\_\_

**Gibt es einen Grund für die Beschwerden? (z. B. Unfall)** ☐ Ja ☐ Nein

Wann ja, was ist passiert? \_\_\_\_\_

**Wann treten die Beschwerden auf?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Immer, auch in Ruhe         | <input type="checkbox"/> Gelegentlich, ohne erkennbaren Grund |
| <input type="checkbox"/> Nach körperlicher Belastung | <input type="checkbox"/> Nach bestimmten Bewegungen:          |

**Beschreiben Sie die Beschwerden möglichst detailliert und genau:**

---



---



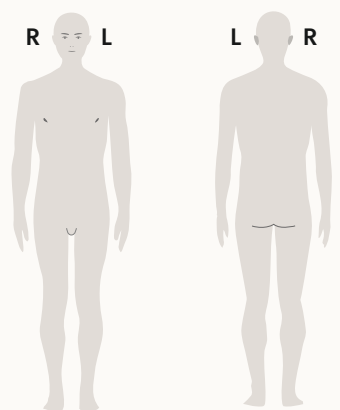
---



---

**VORNE** **HINTEN**

**R L** **L R**



Markieren Sie die Beschwerden möglichst genau in der Skizze.

**Sind an dieser Stelle bereits Operationen/Eingriffe erfolgt?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_ Wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Gibt es an dieser Stelle früher Beschwerden/Verletzungen/Erkrankungen?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Wie behandelt? \_\_\_\_\_