



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, Diabetessensor, 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

Ja Nein

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.

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: _____
Auto	KM	TSH: _____
IGeL		Kein Essen
CD extra		Getränk
		Prämedikation
		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?

Wenn ja, wann? _____ Wie viel? _____ In welchem Zeitraum? _____ Ja Nein

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?

Blinddarm Gallenblase Unterleib (Frauen) Prostata (Männer) Sonst.: _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wie viel? _____ Wie lange schon? _____

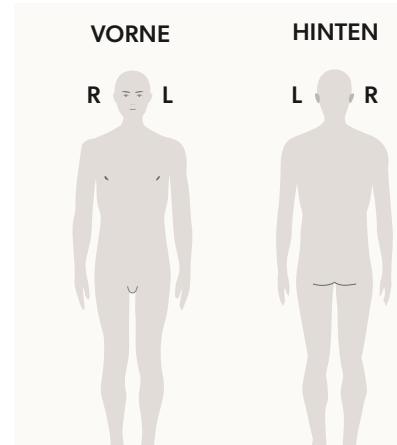
Fragen zum Anlass der Untersuchung

 (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:

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?