



**ANAMNESE-FRAGEBOGEN MRT**

PERSÖNLICHE ANGABEN			
Vorname:	Gewicht (kg):	Geburtsdatum:	Telefon:
Nachname:	Größe (cm):	Anschrift:	

ANAMNESE-DATEN	Aufgenommen am:	JA	NEIN
Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung durchführen lassen?			
Leiden Sie unter Platzangst?			
Haben Sie je als Schweißer, Drechsler oder Karosseriespengler gearbeitet oder arbeiten sie als solcher?			
Waren Sie je Opfer eines Auto- oder Jagdunfalls?			
Haben Sie je Explosionstraumata erlitten?			
Sind Sie schwanger? (Letzte Menstruation: _____ )			

Sind Sie je operiert worden an ...	Kopf ( _____ )		
	Hals ( _____ )		
	Unterleib ( _____ )		
	Gliedmaßen ( _____ )		
	Anderem ( _____ )		

Tragen Sie Ihres Wissens ein Medizinprodukt oder Metallobjekte in Ihrem Körper?		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder andere Herzkatheter?		
Haben Sie Metallsplitter oder -fragmente in Ihrem Körper?		



Haben Sie ...	Metallclips an Blutgefäßen, Aorta oder im Gehirn?		
	künstliche Herzklappen?		
	Stents?		
	implantierte Defibrillatoren?		
	Wirbeldistraktoren?		
	eine Insulinpumpe oder Pumpen für andere Medikamente?		
	Metallkörper in den Ohren oder ein Hörgerät?		
	Neurostimulatoren oder implantierte Elektroden im Gehirn oder unter der Hirnhaut?		
	andere Stimulatoren?		
	ein Intrauterinpeessar (Spirale)?		
	einen ventrikulo-peritonealen oder Cerebralshunt?		
	eine fixe oder mobile Zahnprothese?		
	metallische Prothesen (nach Brüchen, zur Gliedmaßen-Korrektur o.ä.), Schrauben, Nägel, Drähte o.ä.?		
	andere Prothesen? (wo?)		
Könnten Sie Prothesen/Geräte/Metallkörper in Ihrem Körper haben, von denen Sie NICHTS wissen?			



# SANT'ANNA

CASA DI CURA  
PRIVATKLINIK

[www.villa-santanna.eu](http://www.villa-santanna.eu)

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN	aufgenommen am:	JA	NEIN
Leiden Sie unter Sichelzellenanämie?			
Tragen Sie eine Intraokularlinse?			
Haben Sie Piercings? (wo? )			
Haben Sie Tätowierungen? (wo? )			
Benutzen Sie Medikamentenpflaster?			

Zusätzliche Anmerkungen zur Anamnese von Seiten des verantwortlichen Arztes:

**Vor der MRT-Untersuchung muss Folgendes abgelegt werden:**

Kontaktlinsen – Hörgeräte – Zahnprothesen – mobile Zahnkronen – Leistenbruchgürtel  
– Haarnadeln – Haarklammern – Brillen – Schmuck – Uhren – Kredit- oder andere  
Magnetkarten – Taschenmesser – Geldklammern – Münzen – Haken – Metallknöpfe  
– Anstecknadeln – Kleidungsstücke mit Reißverschlüssen – Nylonstrümpfe –  
Kleidungsstücke aus Acryl – Metallpinzetten – Metallklammern – Feilen – Scheren –  
andere metallische Objekte

**Vor der MRT-Untersuchung ersuchen wir Sie, Ihr Gesicht abzuschminken.**

**Casa di Cura Villa Sant'Anna S.r.l.**

Via Cavour 58 - Cavourstraße 58 - 39012 Merano/Meran (BZ) - IT 01272510213  
Tel. +39 0473 23 64 80 - Fax. +39 0473 23 05 18 - [clinica@villa-santanna.eu](mailto:clinica@villa-santanna.eu)



**Der/Die für die MRT-Untersuchung verantwortliche Arzt/Ärztin**

hat die Antworten des Patienten zur Kenntnis genommen und eine eventuell notwendige medizinische Untersuchung und/oder weitere Voruntersuchungen vorgenommen und **genehmigt die Durchführung der MRT-Untersuchung.**

Unterschrift des  
Arztes/der Ärztin \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur MRT-Untersuchung**

Der Patient/Die Patientin ist ausreichend über die Risiken und Kontraindikationen in Zusammenhang mit den vom MRT-Gerät erzeugten elektromagnetischen Feldern aufgeklärt worden. Diese zur Kenntnis nehmend und im Wissen um die Bedeutung der gelieferten Antworten, stimmt der Patient/die Patientin der Untersuchung zu.

Unterschrift des  
Patienten/der Patientin \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_