

## Radiologische Gemeinschaftspraxis im Sprecenter

Drs. med. Jutta Poser / Heike Grau / Uta Bach - Fachärztinnen für Radiologische Diagnostik

MRT, CT, Mammografie, Röntgen, Ultraschall, Osteodensitometrie, PRT

12619 Berlin, Hellersdorfer Str. 77 - Tel. 030 56 88 15 0 – Fax: 030 56 88 15 24

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Kein Zutritt für Schrittmacherpatienten!

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Medikamentenpumpe oder eine Stimulationssonde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Metall, Prothesen, Magneten, bewegliche Metallsplitter oder Gefäßclips im Körper?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie am Herzen oder am Kopf operiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann:.....		
Wurde eine Arthroskopie (z. B. am Knie) durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann: .....		
Haben oder hatten Sie eine bösartige Erkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche/wann: .....		
Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV o.a.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Tattoo, Piercing oder Permanentmakeup?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist eine Allergie (Überempfindlichkeit) bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Asthma bronchiale oder Nierenstörungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ich fühle mich vollständig aufgeklärt Ja  Nein

Ich willige in die Untersuchung ein Ja  Nein

Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden Ja  Nein

Ich bin mit einer Befundübermittlung an den überweisenden Arzt einverstanden Ja  Nein

Was haben Sie für Beschwerden?

Datum

.....  
Unterschrift Patient /Sorgeberechtigter

.....  
Unterschrift Arzt