

Name:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	SV-Nummer:
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	

**Sind Sie Träger.....**

- eines Herzschrittmachers oder Defibrillators (ICD)? JA  NEIN
- einer künstlichen Herzklappe? JA  NEIN
- einer Insulin-/ oder Schmerzpumpe? JA  NEIN
- eines Hörgerätes, Mittelohr- oder Cochleaimplantates? JA  NEIN
- eines Stents oder Gefäßclips? JA  NEIN

**Sind in Ihrem Körper Metallteile wie.....**

- entfernbare Zahnersatz JA  NEIN
- Gelenkersatz (zB: Hüfte, Knie...) JA  NEIN
- Schrauben, Nägel JA  NEIN
- Splitter (zB. Metall- oder Granatsplitter) JA  NEIN

**Haben Sie .....**

- Piercing(s)/Dermalimplantate JA  NEIN
- Tattoos/ Permanent Make-Up JA  NEIN

**Gilt nur für Patientinnen:**

- Besteht eine Schwangerschaft? JA  NEIN
- Tragen Sie eine Kupferspirale? JA  NEIN

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich fühle mich ausreichend über den Nutzen und mögliche Risiken aufgeklärt und stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_

**Für eine optimale Untersuchung und Befundung beantworten Sie bitte noch folgende Fragen:**

Welche Beschwerden haben Sie?

\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Welche Operationen/Arthroskopien/Punktionen wurden im Bereich der Untersuchungsregion durchgeführt?

\_\_\_\_\_