

MR Anamnesebogen

Untersuch. datum _____

Patientenname Vorname Geb.Dat Gewicht m/w

Kontraindikationen:

	nein	ja
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroimplantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßclips im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallsplitter im Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indikation: _____

Im Untersuchungsbereich:

	nein	ja	wann
Unfall ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

was: _____

bekannter Tumor: nein ja seit wann OP Chemo Radiatio

N. bronchi (Lungenkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. mammae (Brustkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. prostatae (Prostatakr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. coli (Darmkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. renis (Nierenkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melanom (Hautkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphom (Lymphknoten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige Tumorerkrankungen
 oder Grunderkrankungen (z.B. MS, Osteoporose,...): _____

Anamnese: _____

RT oder Arzt: _____ Patient: _____