



Fragebogen Magnetresonanztomographie (MRT / MRI)

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient

Dürfen wir Sie bitten, den Fragebogen gewissenhaft zu beantworten.
Bei Fragen oder Unklarheiten stehen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne zur Verfügung.

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Haben Sie...	einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	einen Neurostimulator?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine Schmerzpumpe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine Insulinpumpe? Insulinmesssystem?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Metallsplitter im Körper? (z.B. im Auge)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie...	ein Hörgerät? (Bitte vor der Untersuchung entfernen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine magnetische Zahnprothesenhalterung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie...	eine Tätowierung? (> 20cm)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Metall an/in Ihrem Körper? <input type="checkbox"/> Piercing, <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke, <input type="checkbox"/> Schrauben, <input type="checkbox"/> Clips, <input type="checkbox"/> Stents, <input type="checkbox"/> Akupunkturnadeln, <input type="checkbox"/> Schussverletzungen, <input type="checkbox"/> Anderes Wo? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie...	Blutverdünnende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Aspirin Cardio <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> Xarelto	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie operiert...	am Herz? Was? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	am Kopf? (Gehirn, Ohr, Auge) Was? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie...	an Asthma oder Allergien, speziell auf Kontrastmittel? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an Platzangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an <input type="checkbox"/> Diabetes oder an einer <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für Frauen	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sind Sie in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ihr Gewicht: _____ kg			

Ich bestätige hiermit, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen und die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe. Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Untersuchung.

Datum: _____

Unterschrift: _____