



# Fragebogen Magnetresonanztomographie (MRT)

Name und Vorname

Geburtsdatum

Gewicht (kg)

		ja	nein
1.	Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, Neurostimulators oder einer Schmerzpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Tragen Sie ein Hörgerät? (Bitte vor der Untersuchung entfernen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese, Spange oder Brücke? (Bitte vor der Untersuchung entfernen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tragen Sie magnetische Prothesenhalterungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Sind Sie je am Kopf oder Herzen operiert worden? Wenn ja - Was wurde operiert? ..... Wann war die Operation? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Haben Sie in Ihrem Körper Metallteile? (wie Schusswunden, Granatsplitter, Akupunktur- nadeln, usw.) oder Gelenkprothesen, Schrauben, Clips nach Operationen? Was?.....Wo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hatten Sie je eine Metallsplittersverletzung im Auge oder an einer anderen Stelle? Wurde der Splitter entfernt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Leiden Sie an einer bekannten Klaustrophobie („Platzangst“)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Haben Sie eine grossflächige Tätowierung (>20 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Nehmen Sie Medikamente wie Blutverdünner? (z.B. Aspirin cardio, Marcoumar usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Sind Sie Diabetikerin/Diabetiker oder haben Sie eine bekannte Niereninsuffizienz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Haben Sie Allergien? (Speziell auf Kontrastmittel) Welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Für Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor oder sind Sie in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Zur Beurteilung der Kostenübernahme benötigt Ihre Versicherung evtl. den Röntgenbe- richt. Erlauben Sie uns die Weitergabe des Berichtes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige hiermit, obige Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben.

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