



Fragebogen Magnetresonanztomographie MRT

Sicherheitsfragen und Einverständniserklärung

Patienten-Etikette

Grösse (cm): _____

Gewicht (kg): _____

**Hatten Sie schon eine MRT-Untersuchung?
Haben Sie Klaustrophobie (sog. Platzangst)?**

| Ja | Nein |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Sind Sie operiert worden?
Wenn ja, hatten Sie eine Operation innerhalb der letzten 6 Wochen?
Welche:** _____

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Herzschrittmacher / Defibrillator
- Stent
- Operationsschrauben, Platten
- Neurostimulator
- Künstliche Herzklappe
- Mittel- oder Innenohrprothese

- Aneurysma / Gefäss-Clip
- Bypass
- Event-Recorder
- Blutzucker-Messchip oder Insulinpumpe
- Port-a-Cath
- Shunt
- Gelenkprothese(n), wo? _____

Bei Implantate, bitte Ausweis zur Untersuchung mitbringen.

- Nierenerkrankung
 - Hörgerät
 - Piercing, Tattoo, Permanent Make-Up
 - Pflaster am Körper (z.B. Hormon-, Schmerz-, Nikotinpflaster)
 - Allergien
- Wenn ja, welche: _____

- Zahnprothese / Zahnimplantat(e)
- Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV)
- Splitterverletzung im Auge / Körper (z.B. Metall-, Granatsplitter)

Durch den zuständigen Arzt ausfüllen:

Orbita Röntgen

Visum: _____

Fragen für die Frauen:

Sind Sie oder könnten Sie schwanger sein?
Stillen Sie?
Tragen Sie eine Kupferspirale?

| Ja | Nein |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bei einer Brust MRT-Untersuchung:

Silikon Implantat(e) R L

Datum des Beginns der letzten Monatsblutung: _____

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Ich habe die Fragen verstanden, beantwortet und stimme der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

Datum, Ort:

Unterschrift Patient/in:

