

MRT Fragebogen

Tel.: _____

e-mail: _____

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
2. Wurde bei Ihnen in den letzten 6 Wochen eine Operation durchgef.? ja nein
3. Tragen Sie Implantate oder haben Sie Metallteile im Körper? ja nein
Wenn ja:
 Herzklappe Metallsplitter
 Ohrimplantat Insulinpumpe
 Aneurysmaclip Schmerzpumpe
 Defibrillator Stent
 Gelenksprothese Verschraubung / Verplattung
 Sonstiges:
4. Messen Sie Ihren Blutzucker mittels Sensor? ja nein
5. Tragen Sie ein Hörgerät? ja nein
Wenn ja, muss dieses bitte vor der Untersuchung abgelegt werden!
6. Haben Sie schon einmal eine MR-Untersuchung gehabt? ja nein
7. Haben Sie eine Kontrastmittelunverträglichkeit? ja nein
8. Sind Sie tätowiert oder tragen Sie Körperschmuck (Piercing)? ja nein
9. Könnten Sie schwanger sein? ja nein

Körpergewicht

Körpergröße

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Unterschrift der/des Patientin/en

.....
Name und Unterschrift von Ärztin/Arzt

.....
Datum / Uhrzeit

.....
Name und Unterschrift der/des MTD

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

Der Patient stimmt der Untersuchung nicht zu.

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde die Patientin / der Patient über die Folgen aufgeklärt.

.....