

PATIENTENFRAGEBOGEN

MRI Untersuchungen

Name _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Grösse _____
	Gewicht _____

Die Untersuchung erfolgt wegen Krankheit Unfall

Da das Gerät ein starkes Magnetfeld besitzt, dürfen Sie selbst keine Metallteile auf sich tragen. Auch elektronisch gespeicherte Daten (z.B. Kreditkarten) dürfen nicht in die Nähe des Magneten gebracht werden. Deshalb sollten Sie in Ihrer Umkleidekabine folgende Gegenstände unbedingt ablegen: **Uhr, Kreditkarte, Brille, Schmuck, Piercing, Metallgegenstände wie Feuerzeug, Taschenmesser, Kleingeld, Schlüssel, Haarspange.**

	Ja	Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile? (z.B. Metallsplitter, künstliches Gelenk, Akupunkturnadeln etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie am Herz oder Kopf operiert worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was _____ Wann _____ Wo _____		
Tragen Sie eine Zahnprothese oder ein Hörgerät?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Platzangst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufklärung wegen Dormicum erhalten: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Allergie auf MRI Kontrastmittel bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Tätowierung, ein Permanent Make-Up oder ein Piercing?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie schon eine MRI-Untersuchung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde der heute zu untersuchende Körperteil schon einmal operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann ja wann? _____ Wo _____		
Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden, wenn es für die Untersuchung notwendig ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Für Frauen im gebärfähigen Alter	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillen Sie zurzeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____

Visum
Sekretariat:

Visum
Radiologiefachperson: