



## Sicherheitsfragen und Einverständnis für MRI Untersuchungen

Tragen Sie ein elektronisches Gerät? (z.B. Schrittmacher, Neurostimulator, Insulinpumpe oder eine andere Pumpe, Hörgerät?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Metallteile, Implantate oder Prothesen im oder am Körper, die Sie nicht ablegen können? (z.B. Schrittmacher-Elektroden, Gefäßclip, Zahnspange, Piercing, Medikamentenpflaster, Akupunkturnadeln, Zahnprothese, Gelenkprothese, Mittelohr- oder Cochlea-Implantate, Herzklappe?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie am Herz oder Kopf operiert worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Was?   Wann?   Wo?		
Leiden Sie unter Platzangst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Reagierten Sie je allergisch auf ein Medikament oder ein Kontrastmittel? Wenn ja auf welches: _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder sind Sie dialysepflichtig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem Glaukom (erhöhter Augeninnendruck, "grüner Star")?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Tätowierung (Tattoo) oder ein Permanent Make-Up?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon eine MRI-Untersuchung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde <u>der heute zu untersuchende Körperteil</u> schon einmal operiert? Wenn ja: Wann?   Wo?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie nicht für längere Zeit still liegen? (z.B. wegen Schmerzen, Zittern, Niesen oder Husten?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden, wenn es für die Untersuchung notwendig ist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stillen Sie zurzeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bitte achten Sie darauf, dass Sie vor dem Betreten des Untersuchungsraums Mobiltelefon, Uhr, Schmuck und Brille, Kredit- und Bankkarten mit Magnetstreifen (werden gelöscht) und alle Gegenstände mit Metallteilen (z.B. Haarnadeln, Münzen, Perücke, Schlüsselbund oder Kugelschreiber) abgelegt haben.

**Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, sollten Sie in den nächsten 12 Stunden kein Fahrzeug steuern oder Maschinen bedienen. Unterzeichnen Sie in den 24 Stunden nach Erhalt des Beruhigungsmittels keine juristisch verbindlichen Dokumente oder Verträge.**

Ich habe den Inhalt dieses Formulars gelesen und verstanden. Ich bestätige mit meine Unterschrift, dass ich die Fragen gewissenhaft beantwortet habe und mit der MR-Untersuchung Einverstanden bin.

**Familiename**

\_\_\_\_\_

**Vorname**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift**

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

Patient       angehörig       Personal

**Geprüft von: Sekr.** \_\_\_\_\_

**und MTRA**

\_\_\_\_\_