

PATIENTENFRAGEBOGEN

MRI Untersuchungen



RADIOLOGIE ZENTRUM
FRICKTAL

Familienname _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Grösse _____
	Gewicht _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile?
(z.B. Metallsplitter, künstliches Gelenk, Akupunkturnadeln etc.) Ja Nein

Sind Sie am Herz oder Kopf operiert worden? Ja Nein

Was _____

Wann _____ Wo _____

Tragen Sie eine Zahnprothese , oder ein Hörgerät ? Nein

Leiden Sie unter Platzangst? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Allergie auf MRI Kontrastmittel bekannt? Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? Ja Nein

Haben Sie eine Tätowierung , ein Permanent Make-Up , oder ein Piercing ? Nein

Hatten Sie schon eine MRI-Untersuchung? Ja Nein

Wurde **der heute zu untersuchende Körperteil** schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja wann? _____ Wo _____

Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden, wenn es für die Untersuchung **notwendig** ist? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja wie lange? (Jahre) _____ Anzahl pro Tag _____

Für Frauen im gebärfähigen Alter

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Stillen Sie zurzeit? Ja Nein

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.**

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____

Visum
Sekretariat:

Visum
Radiologiefachperson: