

**Fragebogen zur Untersuchung in der Magnetresonanztomographie
(Kernspintomographie)**

Die MRT verwendet ein intensives Magnetfeld. Für den Eintritt in den Untersuchungsraum sind besondere Vorsichtsmaßnahmen erforderlich. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Untersuchung aus und geben Sie ihn dem RM-Servicepersonal.

Name: _____

Vorname : _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm



Implantierte Fremdkörper, die sensibel sind auf elektromagnetische Wellen:
Herzschrittmacher, Defibrillator, Hörgeräte, Insulinpumpen, andere
Medikatendosierapparate, usw.

Ja Nein

1. Hatten Sie jemals eine Magnetresonanztomographie (MRT) ?
2. Haben Sie ein Nierenproblem ?
3. Sind Sie schwanger ?
4. Wurde kürzlich eine Hautnaht mit Klammern gemacht ?
5. Haben Sie einen Fremdkörper aus Metall im Auge ?
6. Haben Sie eine alte Schussverletzung mit einem Projektil oder haben sie einen anderen Fremdkörper aus Metall noch im Körper

7. Tragen Sie einen/eine :

Ja Nein

Datum



Bitte entfernen Sie alle Metallgegenstände, bevor Sie den Untersuchungsraum betreten, einschließlich Handy, Piercing, Uhr, Schmuck, Haarspange, Schlüssel, Wechselgeld, Magnetkarte usw.

==> Herzgerät

Herzschrittmacher ?* Herzdefibrillator?* Reveal?*(unterstreichen, was angemessen ist)

==> Cochlea-implantat*

==> Neurostimulator*

==> Insulinpumpe

==> Blutzuckersensor

==> Künstliche Herzklappe*

Biologisch ?* Mechanisch ?* (unterstreichen, was angemessen ist)

***Bitte geben Sie uns die Unterlagen zum implantierten Material.**

Ja Nein

Datum

8. Haben Sie Gefäßclips im Gehirn (zur Behandlung von Gefässerweiterungen im Gehirn)?

9. Haben Sie Gelenkprothesen ?

10. Welche Operationen hatten Sie ?

Wenn ja, welche und wann ? _____

11. Haben Sie ein abnehmbares Hörgerät?

12. Haben Sie Zahnprothesen ?

13. Haben Sie ein transdermales Pflaster (hormonell, Nikotin) ?

Datum :

Unterschrift Patient :

Unterschrift Arzt :