

MR-FRAGEBOGEN

Bitte ankreuzen (X) und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum	
Vorname	Gewicht kg	Grösse cm

Um einen möglichst einfachen und optimalen Untersuchungsbedarf zu gewährleisten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Frühere MR-Untersuchung(en)? Wenn ja, in welchem Spital?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Platzangst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

HABEN SIE

einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Operation am Herzen oder im Kopf gehabt? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
In welchem Spital?		
eine Gelenkprothese oder eine Metallplatte (z.B. Knie, Hüfte, Schulter)? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Implantierte Clips im Körper (z.B. Bauch, andernorts)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Metall-/Granatsplitter im Körper oder im Auge?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
einen Nervenstimulator, eine Insulin- oder Schmerzpumpe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

TRAGEN SIE

ein Innenohrimplantat oder Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tattoos, Permanent-Make-up, Piercings, Schmuckimplantate? Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haben oder hatten Sie jemals Probleme mit den Nieren oder der Nierenfunktion? Ja Nein

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelunverträglichkeit bekannt? Ja Nein

Haben Sie bereits einen Termin beim zuweisenden Arzt vereinbart?
Wenn ja, wann?

FÜR FRAUEN:

Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie eine Spirale? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich habe die Fragen verstanden und korrekt beantwortet.

Datum: Unterschrift:

Datum: Visum MTRA:

