

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## MRI-UNTERSUCHUNG

Dürfen wir Sie bitten, den Fragebogen gewissenhaft zu beantworten und das zutreffende anzukreuzen. Zögern Sie nicht, unserem Personal Fragen zu stellen, wenn etwas unklar ist.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht (ca.): \_\_\_\_\_

	JA	NEIN
1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder einen Neurostimulator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie je am Herzen operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurden Sie je am Hirn (Kopf) operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurden Sie je am Ohr operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden Sie je am Auge operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie je eine Metallsplittersverletzung (z.B. am Auge, Schussverletzung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sind oder waren Sie in der metallverarbeitenden Industrie tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tragen Sie Prothese, Stent oder ein Implantat im Körper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie Platzangstgefühle (z.B. beim Liffahren oder in engen Räumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <u>Nur für Frauen:</u> Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Institut für Radiologie**  
 Klinik Hirslanden  
 Witellikerstrasse 40  
 CH-8029 Zürich

Ich bestätige hiermit, oben genannte Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben:

T +41 (0)1 387 26 31  
 F +41 (0)1 387 26 35  
 radiologie.hirslanden  
 @hirslanden.ch  
 www.hirslanden.ch

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_