

Fragebogen für MRT Untersuchungen (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

		Ja	Nein
Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Träger einer Insulinpumpe ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Nierenerkrankung ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie noch?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Kontrastmittelallergien aufgetreten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
Haben Sie Klaustrophobie/ Platzangst “?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in Ihrem Körper Metallteile ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:	Zahnprothese <input type="checkbox"/>	Metallprothese <input type="checkbox"/>	Gefäßclips: <input type="checkbox"/>
	Ohrprothese/Hörgerät <input type="checkbox"/>	Granatsplitter <input type="checkbox"/>	Sonstiges:
In welchem Bereich haben sie Beschwerden?			
Wurden Sie in diesem Bereich bereits operiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?			
Hatten Sie in diesem Bereich Verletzungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?			
welche:			
Wie äußern sich Ihre derzeitigen Beschwerden?			
Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Körpergewicht:		Ihre Körpergröße:	
Ist bei Ihnen eine andere infektiöse Erkrankung bekannt:	Hepatitis <input type="checkbox"/>		HIV <input type="checkbox"/>
		sonstiges:	

Datum: _____ Unterschrift: _____

Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns!