

Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Name: _____ Geb. – Datum: _____

Hausarzt: _____

Für den reibungslosen Ablauf der **MRT- Untersuchung** bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten :

1. Wurden bei Ihnen folgende Geräte implantiert?

Herzschrittmacher?

ja nein

Defibrillator?

ja nein

Neurostimulator?

ja nein

Insulinpumpe?

ja nein

Innenohrprothese (Cochleaimplantat)?

ja nein

2. Tragen Sie ein Hörgerät?

ja nein

3. Tragen Sie Gefäßstützen wie z. B. Stents oder Gefäßclips?

ja nein

4. Haben Sie eine künstliche Herzklappe?

ja nein

5. Tragen Sie an Ihrem Körper Tätowierungen, Piercings oder ein Permanent Make up ?

ja nein

6. Tragen Sie ein Medikamentenpflaster? (z. B. Neupro® bei Parkinsonerkrankungen)?

ja nein

7. Sind in Ihrem Körper eventuell Metallteile wie z.B. Metall /Granatsplitter, Operationsnägeln, Metallplatten nach Operation eines Knochenbruchs, Gelenkprothesen?

ja nein

8. Tragen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz?

ja nein

9. Sind Sie an Herz, Kopf oder Augen operiert worden?

ja nein

10. Sind Sie an der Körperregion, die wir heute untersuchen wollen, schon operiert worden?

ja nein

11. (Bei Frauen): Sind Sie schwanger oder könnte eine Schwangerschaft vorliegen?

ja nein

Stillen Sie?

ja nein

12. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente (z. B. Jod) o.Ä.)?

ja nein

13. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?

ja nein

14. Wie hoch ist Ihr derzeitiges Körpergewicht? _____

15. Leiden Sie unter Angstzuständen in engen Räumen?

ja nein

16. Ich gebe mein Einverständnis zu einer eventuell notwendigen Gabe eines Kontrastmittels

ja nein

Bitte legen Sie Hörgeräte, Uhren, Handy, Geldbörse, sowie metallische Gegenstände in der Kabine ab !

Hiermit willige ich, unter Verzicht auf die 24-Stunden – Pflicht zur Aufklärung, in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

Korbach, den _____ Unterschrift: _____