

Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Name: _____ Geb. – Datum: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

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.Leiden Sie unter Angstzuständen in engen Räumen?

☐ ja ☐ nein

15. 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: _____