

Fragebogen zur Magnetresonanztomographie

ID-Nummer (intern):

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Gewicht:
Adresse: Telefon:

1. Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, Defibrillators
oder eines Neurostimulators?
2. Tragen Sie ein Hörgerät oder eine herausnehmbare Zahnprothese?
(wenn ja, nehmen Sie es/sie bitte vor Untersuchungsbeginn heraus)
3. Sind Sie schon einmal operiert worden ?
Falls ja, tragen Sie bitte ein, an welchem Organ:

.....
4. Sind in Ihrem Körper evtl. Metallteile?
(frühere Metallsplitterverletzungen, Clips nach Operationen
oder Schussverletzungen)
5. Sind oder waren Sie in der metallverarbeitenden Branche tätig?
6. Gibt es Gründe, dass Sie nicht längere Zeit ruhig liegen können?
(Niesen bei Erkältung, Husten, Zittern, Juckreiz oder starke Schmerzen)
7. Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Medikamente,
Nahrungsmittel oder Kosmetika?
8. Für Frauen im gebärfähigen Alter:
Besteht bei Ihnen zur Zeit die Möglichkeit einer
Schwangerschaft?

.....
(Datum u. Unterschrift des Patienten)

(Für Pat. unter 18 Jahren bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)