

# MR-FRAGEBOGEN

Bitte ankreuzen (X) und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum	
Vorname	Telefon privat	
PLZ/Ort	Gewicht _____ kg	Grösse _____ cm

**Um einen möglichst einfachen und optimalen Untersuchungsbedarf zu gewährleisten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:**

Frühere MR-Untersuchung(en)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Platzangst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## HABEN SIE

einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Operation am Herzen oder im Kopf gehabt? Wenn ja, wann? _____ In welchem Spital? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Gelenkprothese oder eine Metallplatte (z.B. Knie, Hüfte, Schulter)? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Implantierte Clips im Körper (z.B. Bauch, andernorts)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Metall-/Granatsplitter im Körper oder im Auge?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
einen Nervenstimulator, eine Insulin- oder Schmerzpumpe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## TRAGEN SIE

ein Innenohrimplantat oder Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tattoos, Piercings, Schmuckimplantate? Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Permanent-Make-up?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haben oder hatten Sie jemals Probleme mit den Nieren oder der Nierenfunktion?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelunverträglichkeit bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bereits einen Termin beim zuweisenden Arzt vereinbart?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann? _____		

## FÜR FRAUEN:

Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie eine Spirale? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Permanent-Make-up?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Ich habe die Fragen verstanden und korrekt beantwortet.**

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

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Visum MTRA:** \_\_\_\_\_