|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** |  | | | **Vorname** |  | | |
| **Geburtsdatum** | |  | **Grösse** | **cm** | | **Gewicht** | **kg** |

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Haben Sie | | | |
| **1.** | einen Herzschrittmacher/Defibrillator oder eine künstliche Herzklappe? | ja | nein |
| **2.** | einen Nervenstimulator oder einen Ventrikelshunt? | ja | nein |
| **3.** | eine Medikamentenpumpe (z.B. Insulin, Schmerzmittel)? | ja | nein |
| **4.** | eine Metall-/Granatsplitterverletzung am Auge oder im Körper? | ja | nein |
| **5.** | ein Innenohrimplantat oder Cochleaimplantat? | ja | nein |
| **6.** | Raumangst (Angst in engen Räumen)? | ja | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7.** | Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? | ja | nein |
| **8.** | Nehmen Sie ein Blutverdünnungsmittel? | ja | nein |
| **9.** | Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie oder andere Allergien bekannt? | ja | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **10.** | Haben Sie eine Operation am Herz oder Kopf gehabt? | ja | nein |
| **11.** | Haben Sie eine Gelenksprothese oder eine Metallplatte? | ja | nein |
| **12.** | Tragen Sie ein Hörgerät oder eine Zahnprothese? | ja | nein |
| **13.** | Tragen Sie eine Zahnspange oder Draht? | ja | nein |
| **14.** | Haben Sie Tattoos, Permanent-Make-up, Piercings oder Schmuckimplantate? | ja | nein |
| **15.** | Tragen Sie ein medizinisches Pflaster ( z.B. Nikotin-, Schmerzpflaster)? | ja | nein |

**Bitte melden Sie sich bei uns, falls Sie Frage 1-6 mit ja beantwortet haben.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für Frauen im gebärfähigen Alter: | | |
| Könnten Sie schwanger sein oder sind Sie in der Stillzeit? | ja | nein |
|  |  |  |

**Voraufnahmen**

Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRI / CT / Röntgen / Ultraschall der zu untersuchenden Region durchgeführt?                 **Ja**                 **Nein**

Falls JA: Wann war die Untersuchung und welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Instituts / Spitals \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vor Betreten des MR Raumes folgende Gegenstände ablegen:**Uhr, Schmuck, Portemonnaie, Hörgeräte, Mobiltelefon, Haarnadeln, Schlüssel, usw.

**Falls Sie ein Beruhigungsmittel benötigen müssen Sie folgendes beachten:  
Mindestens 8 Stunden** kein Auto führenFür Ihren Rückweg benötigen Sie eine Begleitperson ( auch wenn Sie die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen)  
**Anmerkung**: Es besteht die Möglichkeit, dass die Kosten für das Beruhigungsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Unterschrift Patient: |  |