

| | | | |
|---------------------|--|----------------|------------------------------------|
| 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 Ventrikelschrittmacher? ja nein
3. ein Blutzuckermessgerät oder eine Medikamentenpumpe (z.B. Insulin, Schmerzmittel)? ja nein
4. eine Metall-/Granatsplitterschädelverletzung 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

Voruntersuchungen

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Voruntersuchung **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 führen

Für 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: _____