

## MRI-Fragebogen

Die Magnetresonanztomographie / MRT/ MRI arbeitet mit einem starken Magnetfeld und Radiowellen (keine Röntgenstrahlen!).

Wegen des starken Magnetfeldes sind strenge Sicherheitsmassnahmen zu beachten!

**Die Untersuchung ist bei Patienten mit Herzschrittmachern nur bedingt möglich!**

Bitte lassen Sie alle metallhaltigen und magnetisch-codierten Gegenstände in der Umkleidekabine.

**Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.**

Im Sinn einer Sicherheitskontrolle und um die Untersuchung korrekt durchführen zu können, möchten wir Sie daher bitten, die nachstehenden Fragen zu beantworten:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg Körpergrösse \_\_\_\_\_ cm

**Je nach Fragestellung ist die Kontrastmittelgabe für eine optimale Untersuchung erforderlich.**

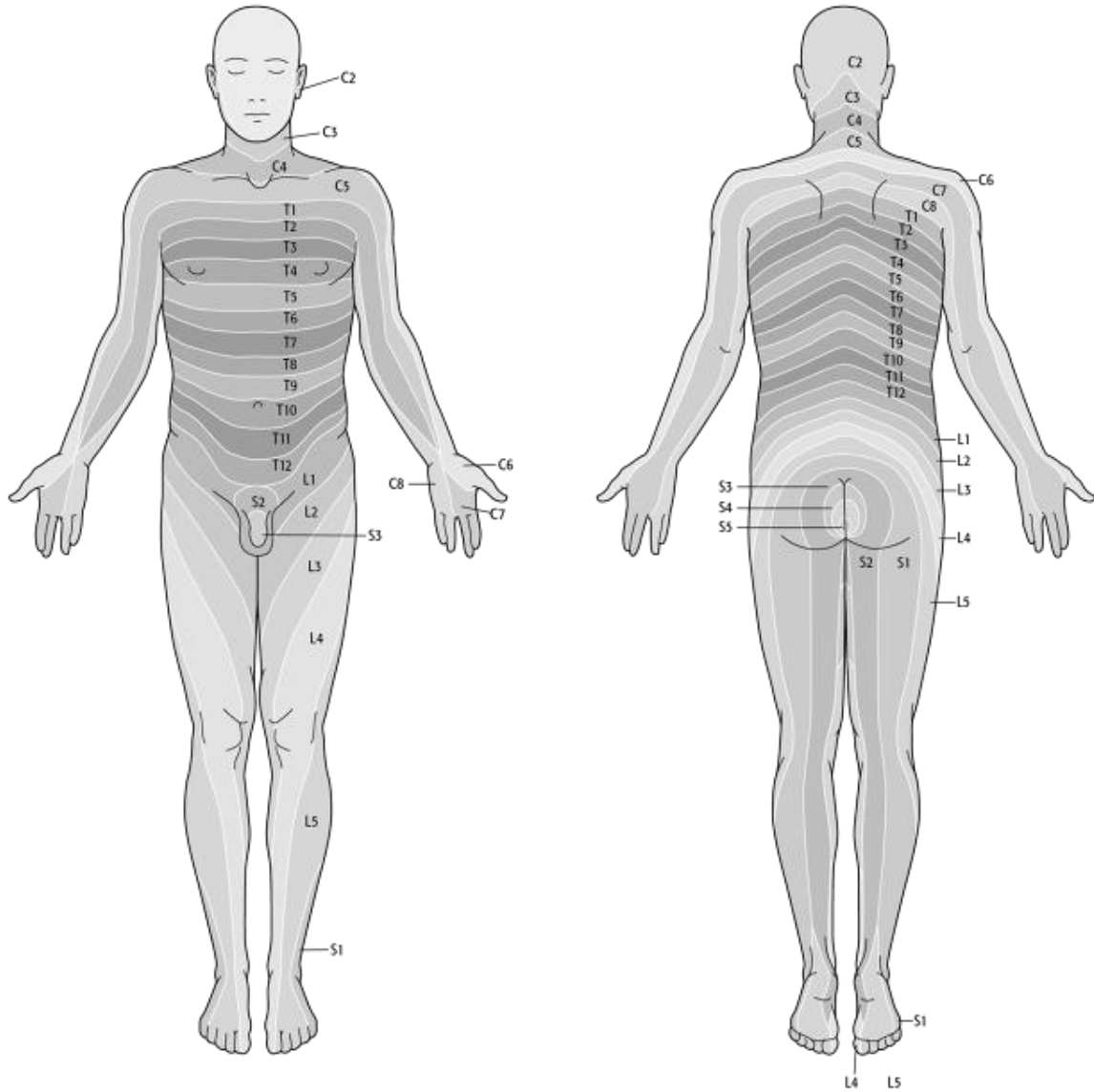
- Sind Sie mit der intravenösen Gabe eines Kontrastmittels einverstanden?  Ja  Nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher o. Defibrillator (Ausweis erforderlich)?  Ja  Nein
- Haben Sie Metallteile im Körper (z.B. künstliches Hüftgelenk, Gefässclip, Metallsplitter, frische Tätowierung/Permanent Make-up)  Ja  Nein  
Wenn ja, was und seit wann? \_\_\_\_\_
- Tragen Sie einen Neurostimulator (elektr. Nervenstimulator bei chronischen Schmerzpatienten), Diabetes Pin oder eine Medikamentenpumpe?  Ja  Nein
- Tragen Sie Implantate (Zahnimplantat, Ohrimplantat, Hörgerät, usw.)?  Ja  Nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie jemals eine Metallsplitterverletzung im Auge?  Ja  Nein
- Wurden Sie jemals am Herzen oder am Kopf operiert?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Wurde bei Ihnen bereits früher eine Magnetresonanztomographie (MRI) durchgeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, von was und wo? \_\_\_\_\_
- Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt?  Ja  Nein
- Für Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

### Einverständniserklärung

Ich habe keine weiteren Fragen. Die Befundung der Aufnahmen kann durch ärztliches Personal der METARAD AG erfolgen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sämtliche dazu benötigten Personen- und Gesundheitsdaten elektronisch an die METARAD AG übermittelt werden und erkläre hierfür die Entbindung vom ärztlichen Berufsgeheimnis.

Baden, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/betreuende Person \_\_\_\_\_

**Bitte zeichnen Sie auf dem Bild grob ein, wo Sie Schmerzen empfinden und um welche Art von Schmerz es sich handelt.**



- Brennen
- Kribbelgefühl
- Ausstrahlend
- Taubheitsgefühl
- Pulsierender Schmerz
- Andere: .....