

Fragebogen

Patient/in

Sind Sie Träger eines:		
- Herzschrittmachers	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Neurostimulators	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Injektionspumpe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Paukenröhrchen (Mittelohrdrainage)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Mittel- oder Innenohrprothese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Tätowierungen (Permanent-Make-up)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Medikamentenpflaster	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Andere Implantate	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<i>Falls ja, nennen Sie bitte</i>
- Marke
- Hersteller
- Operationsdatum
- Operateur/Klinik

Haben Sie Platzangst ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Hatten Sie jemals beruflich oder privat mit Metallverarbeitung zu tun ?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja	<input type="checkbox"/> schleifen	<input type="checkbox"/> schweißen	<input type="checkbox"/> schneiden	<input type="checkbox"/> fräsen		
Haben oder hatten Sie Metallsplitter in den Augen ?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Orbita Rx	Metall				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Visum:						

Sind Sie operiert worden ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche OP, wann und wo ?			

Haben Sie Metall im Körper ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wo	
<input type="checkbox"/> Hautklammern	<input type="checkbox"/> Schrauben	<input type="checkbox"/> Nägel	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Fremdkörper

Besteht die Möglichkeit, daß Sie schwanger sind ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche Woche
Stillen Sie ein Kleinkind ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bei einer Untersuchung der Brust: Datum des Beginns der letzten Monatsblutung			

Körpergewicht:	Körperlänge:
-----------------------	---------------------

ACHTUNG

Bevor Sie den Untersuchungsraum betreten, entfernen Sie bitte folgende Dinge:

Effektenkästli	Umkleidekabine
- Uhren und Schmuck	- Brille
- Brieftasche	- Zahnprothesen
- Geldbörse	- Haarspangen und Haarnadeln
- Kleingeld	- Haarteile
- Kreditkarten und ähnliches	- Piercing
- Funktelefon	- Make-up (nur Schädeluntersuchungen)
- Hörgerät	

Die meisten Punkte gelten auch für Begleitpersonen. Bei Unklarheiten fragen Sie uns bitte.
In den Magneten hineingezogene Gegenstände können zu erheblichen Verletzungen des Patienten / der Patientin führen!

Ich habe die Informationen verstanden und alle Fragen gewissenhaft beantwortet

Datum	Unterschrift Patient/in (ev. Arzt)
-------	------------------------------------

Datum	Unterschrift MTRA
-------	-------------------