

# Patientenfragebogen Magnetresonanztomographie (MRT)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Tragen Sie ein medizinisches Implantat wie:

– Herzschrittmacher/ Defibrillator	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Neurostimulator	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Insulinpumpe/ Medikamentenpumpe	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Cochleaimplantat	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Herzklappe/ Gefässclips	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Shuntventil	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

\* Wenn ja, darf die Untersuchung NICHT oder nur beschränkt durchgeführt werden.  
Wir benötigen folgende Angaben: Marke, Hersteller, Operationsdatum, Operateur/Klinik

## Sind in ihrem Körper Metallteile wie:

– Künstliche Gelenke	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Schrauben oder Ähnliches nach einer Operation	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja, bitte Angaben des Materials, des Jahres und Operationsortes

– Sind Sie je von Metallteilen oder -splintern verletzt worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Leiden Sie an Allergien?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Tragen Sie ein Permanent-Make-up, Tätowierungen, Piercing oder Akupunkturnadeln?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Gewicht? \_\_\_\_\_ Grösse? \_\_\_\_\_

## Zusatzfragen für Patientinnen

– Sind oder könnten Sie zurzeit schwanger sein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Stillen Sie zurzeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Tragen Sie eine Kupferspirale?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Vor dem Eintritt in die Zone mit starkem Magnetfeld möchten wir Sie bitten, Ihre Kleidung abzulegen und mitgebrachte Gegenstände ausserhalb des Untersuchungsraumes zu deponieren (Schliessfächer sind vorhanden):

Brillen, entfernbare Zahnprothesen, Hörhilfen, Hormon-, Wärme- oder Schmerzpflaster, Schmuck, Uhren, Geld, Kreditkarten, Schreibutensilien und Schlüssel, Taschenmesser, Feuerzeug, metallenthaltende Kleider, Haarspangen, Büstenhalter und andere äussere Stützen (wie Bruchgürtel). Piercings müssen entfernt werden!

Ich bestätige, die Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben, die Patienteninformation (Seite 2) gelesen zu haben und willige in die Untersuchung ein.

Bern \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient (evtl. Arzt): \_\_\_\_\_

Bern \_\_\_\_\_ Unterschrift MTRA/Radiologe: \_\_\_\_\_