



Crea: _____ GFR _____

KM: _____

Flow: _____

Name _____

Geb. am _____

Gewicht (ca.).....kg

**MAGNET RESONANZ
INSTITUT BLUDENZ**
DDR. FÄBLER

	JA	NEIN
Sind Sie Träger eines/-r:		
Herzschrittmachers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innenohrimplantats/Hörgerätes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentenpumpe, Neurostimulators?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutzucker-Sensor (Freestyle Libre, ...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befindet-/n sich in Ihrem Körper:		
Metallteile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäßclips?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metall-/Granatsplitter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventrikelschunt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ein frisches Tattoo/Permanent-Make-up (2 Wochen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie schon einmal eine MRT Untersuchung ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ort:.....Datum (ca.):..... Körperregion.....		
Wurden Sie an Kopf, Herz, Ohr, Auge, Gefäßen operiert ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Wurde die heute untersuchte Körperregion schon einmal operiert ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ort: Datum (ca.):		
Wenn nötig, wird eine intravenöse Kontrastmittelgabe vom Arzt angeordnet , sind Sie damit einverstanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traten bei früheren Untersuchungen nach der Gabe von MR- Kontrastmittel Unverträglichkeiten auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Nierenfunktionsstörungen , bzw. sind Sie dialysepflichtig ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine transplantierte Leber ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (Hepatitis, HIV etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie Tumor- oder Krebserkrankungen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche? Wann (ca.):		
Nur für Frauen: Haben Sie eine Kupferspirale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich bestätige, das Informationsblatt genau gelesen, die obigen Fragen verstanden und gewissenhaft ausgefüllt zu haben und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Datum.....

Unterschrift.....

wird von uns ausgefüllt

Trauma
Bewegungsschmerzen
Ruheschmerzen
Behandlung bisher

Schmerzen seit wann
Röntgen
Schmerzen wo