Crea: _____GFR: _____
KM: _____
Flow: _____

MAGNET RESONANZ
INSTITUT BLUDENZ
DDR. FÄßLER

Adı: _____
Doğum: _____
Ağırlık: _____kg

		EVET	HAYIR
I.	Vucudunuzda:		
	Kalp Pili Varmı?	O	O
	Kulak içi implantı Varmı?	O	O
	İlaç pompası, Nevrolojik stimulatör varmı?	O	O
	Kan şekeri sensörü (Freestyle Libre ...) varmı?	O	O
II.	Vucudunuzda:		
	Metal parçası varmı?	O	O
	Damar klibi varmı?	O	O
	Başka Metal/ bomba parçası	O	O
	Mide bandınız Varmı	O	O
III.	Yeni bir **dövmeniz** mi var? Taze **kalıcı makyajınız** var mı (2 hafta)?	O	O
IV.	Daha önce **MRT muayenesi** oldunuzmu? Yer ____ Tarih_____ Hangi bölge_____	O	O
V.	Hiç **Kafa** **Kalp** **Kulak** **Göz** **Damar** **ameliyatı oldunuzmu?** O O O O O	O	O
VI.	**Muayene edilecek bölgede ameliyat oldunuzmu?** Nerede: _____ Tarih: _____	O	O
VII.	Gerekirse, **Doktor tarafından**, damardan **ayrıştırma ilaci (Kontrastmittel)**verilmesi gerekir, bunu kabul ediyormusunuz?	O	O
VIII.	Önceki muayenelerde **ayrıştırma ilaci (Kontrastmittel)** verilmesiile **dokunma belirtisi (Alerjik reaksyon) çıktımı**	O	O
IX.	**Böbrek rahatsızlığınız** yada **diyaliz zorunluğunuz** varmı?	O	O
X.	**Karaciğer nakli** oldunuzmu?	O	O
XI.	**Enfeksiyon hastalığınız** varmı (Hepatit, HIV gibi)?	O	O
XII.	Sizde hiç **Kanser** yada **Tümor** tespit edildimi?	O	O
XIII.	Sadece Bayanlar için- **Hamile olma ihtimaliniz** varmı?	O	O

Bildiri formunu dikkatle okuyup, soruları anlayıp cidiyetle cevaplandırdım.
Muazenenin yapılmasını kabul ediyorum.

Tarih_____ **İmza_____**

<u>Bizim tarafımızdoldurulacaktır:</u>

Trauma
Bewegungsschmerz
Ruheschmerz
Behandlung bisher

Schmerzen seit wann
Röntgen
Schmerzen wo