Crea: _____GFR_____
KM: _____
Flow: _____

MAGNET RESONANZ INSTITUT BLUDENZ
DDR. FÄßLER

Ім'я

Дата народження

Вага (приблизно)..... **кг**

Страхування	GKK O	BVA O	Приватне страхування.....
	SVA O	VA O	SVB O

		ТАК	**НІ**
I.	Наявність у Вас:		
	Кардіостимулятор	O	O
	Імплант середнього вуха	O	O
	Інфузійний насос, нейростимулятори	O	O
	Сенсор рівня глюкози в крові (Фрістайл Лібре, ...)	O	O
II.	Наявність у Вашому тілі:		
	Металеві частини	O	O
	Судинні кліпси	O	O
	Уламки металу/гранати	O	O
	Шлуночковий шунт	O	O
III.	Наявність у Вас свіжого **татуювання/перманентного макіяжу** (< 2 тижнів)?	O	O
IV.	Ви коли-небудь вже проходили **обстеження МРТ?**	O	O
	Місце проведення: ..... Дата (приблизно): ..... Ділянка тіла.....		
V.	Чи були у Вас **операції на голові, серці, вухах, очах, судинах?**	O	O
	O O O O O		
VI.	Чи **оперували** раніше ділянку тіла, яку Ви **сьогодні обстежуєте?**	O	O
	Місце проведення: ..... Дата (орієнтовно):		
VII.	**За необхідності** лікар призначає **внутрішньовенне введення контрастної речовини**, чи згодні ви з цим?	O	O
VIII.	Чи виникали у Вас раніше після введення **контрастної речовини будь-які побічні реакції**?	O	O
IX.	Чи страждаєте Ви на **дисфункцію нирок** або **проходите процедуру діалізу**?	O	O
X.	Наявність у Вас **трансплантованої печінки**	O	O
XI.	Наявність у Вас **інфекційних захворювань** (гепатит, ВІЛ тощо)	O	O
XII.	Наявність у Вас на даний час або у минулому **пухлин або раку**	O	O
XIII.	Тільки для жінок - Чи можлива **вагітність?**	O	O

Я підтверджую, що уважно прочитав/ла інформаційний лист, зрозумів/ла вищезазначені питання і чесно відповів/ла на них, а також даю згоду на проведення обстеження.

Дата..... **Підпис.....**

<u>wird von uns ausgefüllt</u>

Trauma
Bewegungsschmerzen
Ruheschmerzen
Behandlung bisher

Schmerzen seit wann
Röntgen
Schmerzen wo