



Dr. med. P. May, Dr. med. H. Rausch, Dr. med. Strecker

Dr. med. D. May

Fragebogen für MRT Untersuchungen

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers**? Ja Nein

Sind Sie Träger einer **Insulinpumpe**? Ja Nein

Besteht eine **Nierenerkrankung**? Ja Nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? Ja Nein

Stillen Sie noch? Ja Nein

Sind bei Ihnen **Kontrastmittelallergien** aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie **Platzangst**? Ja Nein

Sind in Ihrem Körper **Metallteile**? Ja Nein

Wenn ja, welche:

<input type="radio"/> Zahnprothese	<input type="radio"/> Metallprothese	<input type="radio"/> Gefäßklips	<input type="radio"/> Ohrprothese/Hörgerät
<input type="radio"/> Granatsplitter	<input type="radio"/> andere _____		

In welchem Bereich haben sie Beschwerden? _____

Wurden Sie in diesem Bereich bereits schon operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Hatten Sie in diesem Bereich Verletzungen? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ welche: _____

Wie sind Ihre derzeitigen Beschwerden? _____

Körpergewicht: _____ kg

Ist bei Ihnen eine andere Erkrankung bekannt? HIV Hepatitis

(Etikettenaufkleber):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns!