

# Fragebogen MR-Untersuchung für Patientenbegleitung

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Neurostimulator oder eine Insulinpumpe?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tragen Sie ein Hörgerät?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie am Herzen operiert?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurden Sie am Hirn oder Ohr operiert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind in oder an Ihrem Körper Metalle?<br>(z.B. Herzklappenersatz, Gefäßklemmen oder Clips nach Operationen, Körperschmuck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche: .....   |                          |                          |
| 6. Hatten Sie je eine Metallsplittersverletzung z. B. am Auge?<br>(Schussverletzung, Granatsplitter)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Für Frauen: Sind Sie schwanger?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder noch etwas wissen möchten, fragen Sie bitte den/ die Medizinisch-technische Radiologie Assistent/in oder den Radiologen.

Bad Ragaz: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_