

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?
(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?
(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: _____