

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Versicherung: .....

Telefonnummer: .....

Größe ..... cm

Gewicht .....kg

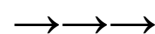
**Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten**

**JA**

**Nein**

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Haben Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Haben Sie eine <b>Insulinpumpe</b> oder <b>Hörgeräte</b> ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Haben Sie einen Zahnersatz (z.B. Zahnprothese, Brücke, Implantat)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Sind in Ihrem Körper <b>Metallteile</b> , z. B. Stents, Gefäßclips, Gelenksprothesen, Cavaschirm, Herzklappen...?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Sind Sie an <b>Kopf, Auge, Herz, Ohr</b> (z. B. Mittelohrprothese) oder <b>Blutgefäßen</b> operiert worden?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Hatten Sie jemals eine Verletzung mit <b>Metall-</b> oder <b>Granatsplitter</b> (z. B. im Auge)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie gerade?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7a. Haben Sie eine Spirale?<br>(Bitte beachten Sie, dass nach der MR Untersuchung eine Kontrolle beim Frauenarzt bezüglich der Spirale (ausgenommen Hormonspirale) notwendig ist.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Haben Sie Tätowierungen, Permanent-Make-up, Piercings?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Sind Sie Raucher?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Ist dies Ihre erste MRT-Untersuchung?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Haben oder hatten Sie je eine Krebserkrankung bzw. einen Tumor?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Bisherige Operationen im heute zu untersuchenden Bereich?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| .....  |                       |                       |
| 13. Wie lange haben Sie schon Beschwerden? Hatten Sie einen Unfall?  |                       |                       |
| .....  |                       |                       |

**Bitte wenden!**



**14.** Für manche Untersuchungen (z.B. Schädel-Untersuchungen) ist es hilfreich ein Kontrastmittel zu spritzen!

Allergische Reaktionen können auftreten, sind aber extrem selten.

	JA	Nein
• Sind Medikamenten-Allergien bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Haben/Hatten Sie eine Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Wurde Ihnen eine Niere entfernt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Sind Sie Dialysepatient (Blutwäsche)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Wurde bei Ihnen eine Lebertransplantation durchgeführt bzw. ist eine Lebertransplantation geplant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Sind Sie mit einer eventuell notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15.** Wie sollen wir mit Ihrem Ergebnis verfahren?

- Per Post** (5 € Postporto, CD und schriftlicher Befund werden mit der Post an Sie oder Ihren Zuweiser verschickt – dauert ein paar Werkstage)
- Persönlich abholen** (Sie kommen am übernächsten Werktag ab 9 Uhr die CD samt schriftlichem Befund selbst holen)
- Mitnahme** (Sie warten nach der Untersuchung ca. 15 min., nehmen die CD mit den Bildern mit und der Befund wird elektronisch spätestens am übernächsten Werktag an den Zuweiser verschickt – Sie selbst bekommen keinen Befund)

Ich habe den Fragebogen gelesen, die Fragen korrekt beantwortet und willige in die MR-Untersuchung ein. Ich erkläre mich bereit, dass allfällige Vorbefunde, Vorbilder, Operationsberichte, Laborwerte usw. vom MR-Institut Dornbirn angefordert werden dürfen und die MR-Ergebnisse (gegebenenfalls elektronisch) an den zuweisenden Arzt geschickt werden. Eine Befundauskunft ist nur durch Ihren zuweisenden Arzt möglich.

Datum: .....Unterschrift der Patientin/des Patienten .....

---

Anmerkungen (vom MR-Personal auszufüllen):

Krea:

GFR:

Ausgewiesen:

Ja / Nein