

## ANAMNESTISCHER FRAGEBOGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE MAGNETRESONANZ (MRT) UNTERSUCHUNG

Fragebogen ausgefüllt von:

(Namen, Nachnamen und Berufsbezeichnung angeben)

### PERSÖNLICHE DATEN

Name:

Nachname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Grösse: ..... cm

Gewicht: ..... kg

### ANAMNESTISCHE DATEN

Ausgefüllt am:

**JA NEIN**

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                 |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie in der Vergangenheit MR-Untersuchungen durchgeführt?                                                                                  |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Platzangst?                                                                                                                    |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren oder sind Sie als Schweisser, Dreher oder Karosseriespengler tätig?                                                                       |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie Verkehrsunfälle, Jagdunfälle?                                                                                                        |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie ein Trauma nach Explosion?                                                                                                           |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie schwanger? (Datum der letzten Regelblutung: _____)                                                                                     |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie chirurgische Eingriffe an:                                                                                                           | Kopf ( _____ )                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Hals ( _____ )                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Abdomen ( _____ )                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Extremitäten ( _____ )                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Anderes ( _____ )                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wissen Sie, ob sich eine/s der folgenden med. Implantate oder Metallkörper in Ihrem Körper befindet ?                                           |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher oder andere Arten von Herzkathetern?                                                                          |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Metallsplitter oder Metallteilchen in Ihrem Körper?                                                                                   |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie Träger von:                                                                                                                            | Aneurysmen-Clips (Blutgefässe), Aorta, Gehirn ?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Künstliche Herzklappen?                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Stents?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Implantierte Defibrillatoren?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Stabilisierungsvorrichtungen der Wirbelsäule?                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Insulinpumpe oder Infusionspumpe für andere Arzneimittel?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Metallkörper in den Ohren oder Cochlea-Implantate?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Neurostimulatoren, implantierte Elektroden im Gehirn oder subdural?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Andere Arten von Stimulatoren?                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Intrauterine Spirale (IUD)?                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Spinale- oder Ventrikuläre-Drainage?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Fixe oder mobile Zahnprothesen?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                 | Metallische Prothesen (wegen Frakturen, korrigierenden Gelenkoperationen, usw.) Schrauben, Nägel, Drähte, usw.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Prothesen? (Position _____)                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                        | <input type="checkbox"/> |                          |
| Glauben Sie, es könnten sich in Ihrem Körper Prothesen/Vorrichtungen oder andere metallische Fremdkörper befinden, von denen Sie NICHTS wissen? |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

|                                            | JA                       | NEIN                     |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leiden Sie unter Sichelzellenanämie?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Linsenimplantate in Ihren Augen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie Piercings? (Position )          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Tattoos? (Position )             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzen Sie wirkstoffhaltige Pflaster?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Zusätzliche anamnestische Daten zur Untersuchung vom verantwortlichen Arzt:

**Der für die Durchführung der MR-Untersuchung verantwortliche Arzt ,**  
in Kenntnis der vom Patienten angegebenen Antworten und einer evtl. durchgeführten ärztlichen  
Untersuchung,

**ermächtigt zu Durchführung der MR-Untersuchung**

Unterschrift des Arztes

Datum

.....

.....

### Informations- und Einverständniserklärung für die MR-Untersuchung

Der Patient bestätigt in angemessener Weise Informationen, über Risiken und Kontraindikationen einer Exposition mit elektromagnetischen Feldern, welche vom MR-Gerät generiert werden, erhalten zu haben. Im Bewusstsein der gelieferten Antworten , erteile ich die Einwilligung zur Durchführung der MR-Untersuchung.

Unterschrift des Patienten

Datum

.....

.....

### Informations- und Einverständniserklärung für die Verabreichung von Kontrastmittel

Der Patient bestätigt ausreichend Informationen, über die Risiken einer Verabreichung von Kontrastmittel, erhalten zu haben.

Daher stimmt er, informiert durch den für die Durchführung verantwortlichen Arzt über den diagnostischen Nutzen und den damit verbundenen Risiken, der Anwendung zu.

Unterschrift des Patienten

Datum

.....

.....