

Patientenfragebogen

Magnetresonanztomographie – MRT, MRI

Für Ihre Sicherheit bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Allgemeine Fragen	Ja	Nein	Visum MTRA
Körpergewicht (kg):	<input type="text"/>		
Leiden Sie unter «Platzangst» (Klaustrophobie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie jemals auf Kontrastmittel allergisch reagiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Befinden sich folgende Teile in oder an Ihrem Körper?

Herzschrittmacher oder Defibrillator?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wurden Sie schon einmal am Kopf operiert? Operationsjahr: (z.B. Aneurysmaclip oder Ventrikelshunt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Künstliche Herzklappe? Operationsjahr:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herausnehmbare Zahnprothese?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hörgeräte, Cochlea-Implantat oder Gehörknöchelchenprothese?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Medikamentenpumpe (z.B. Insulin, Schmerzmittel), Neurostimulator?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Metallteile (z.B. Gelenkprothese, Platte, Schraube, Clips)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hatten Sie eine Metallsplitter- oder Schussverletzung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tätowierung, Piercing oder Permanent Make-up?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stillen Sie zurzeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Vorsicht

Ich nehme zur Kenntnis, dass sämtliche elektronischen Geräte (auch Hörapparate) inkl. Mobiltelefon, Brieftasche, Kreditkarten und Armbanduhr in der **verschiessbaren Umkleidekabine** gelassen werden müssen. Diese Gegenstände könnten durch das Magnetfeld unbrauchbar werden.

Kontrastmittel

- Zur Beantwortung gewisser Fragestellungen ist es notwendig, ein Kontrastmittel in die Vene zu spritzen.
- Oft wird dies erst im Verlauf der Untersuchung durch den anwesenden Arzt entschieden. Sie werden von uns informiert, falls dies bei Ihnen zutrifft.

Ich bin einverstanden, dass Imamed zur Befunderhebung wichtige Aufnahmen und Befunde auswärtiger Untersuchungen anfordern darf. Ebenfalls dürfen meine Bilder mitbehandelnden Ärzten auf Anforderung zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Imamed

Radiologie Nordwest
Postfach, 4005 Basel
www.imamed.ch

Tel. 061 686 42 42
Fax 061 686 42 43
anmeldung@imamed.ch

Grossbasel
Sternengasse 18
4051 Basel

Kleinbasel
Untere Rebgasse 18
4058 Basel

Liestal
Rheinstrasse 16
4410 Liestal

Reinach
Bruggstrasse 12b
4153 Reinach