



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie sind für eine Kernspintomographie (MR) Untersuchung angemeldet.

**Bitte beantworten Sie im Voraus folgende Fragen und bringen Sie diesen Fragebogen mit zur Untersuchung.**

**Persönliche Angaben**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Körpergrösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

- Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, Neurostimulators, Neuromodulators, einer Medikamenten-, Insulin- oder Schmerzpumpe oder eines Gehörimplantates/Hörgerätes?  ja  nein
- Tragen Sie ein Schmerz-, Nikotin- oder Medikamentenpflaster?  ja  nein
- Sind Sie schon einmal am Kopf operiert worden (z.B. ein Aneurysmaclipping)?  ja  nein
- Befinden sich Implantate, Metall- oder Granatsplitter in Ihrem Körper, hatten Sie je eine Metallsplitterverletzung Ihrer Augen?  ja  nein
- Haben Sie eine künstliche Herzklappe?  ja  nein
- Leiden Sie an einer Nierenkrankheit/ Niereninsuffizienz?  ja  nein
- Haben Sie eine Kontrastmittelallergie?  ja  nein
- **Für Patientinnen:** Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit „ja“ beantworten, melden Sie sich bitte vor dem Untersuchungstermin unter der Telefonnummer 071 914 63 62.  
Faxnummer 071 914 63 23.

Datum: Wil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
visierende MTRA

