

## Sicherheitsfragebogen MRT-Untersuchung

Tragen Sie zum Beispiel medizinische Geräte oder andere elektrische Geräte ?		
- <b>Herz-schrittmacher</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- <b>Neurostimulator</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- <b>Insulinpumpe</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- <b>Anderer</b> : Stent, Herzklappe, Gelenk- oder Hörprothese, Schraube, Platten, fester Zahnersatz, herausnehmbarer Zahnersatz... ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, was ? .....		
Leiden Sie an Klaustrophobie (Platzangst)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wurden Sie schon mal am Herzen oder am Gehirn operiert ? Wenn ja, wann : .....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper oder in Ihren Augen ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Tragen Sie ein transdermales Pflaster ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie schon mal eine MRT-Untersuchung erhalten ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hatten Sie schon mal eine Kontrastmittelinjektion ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Wie viel wiegen Sie ?</b> ..... Kg		
Leiden Sie an Allergien ? Wenn ja, an welchen : .....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Tragen Sie ein Permanent-Make-up oder haben Sie Tätowierungen ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nehmen Sie Medikamente ?		
Blutgerinnungshemmer <input type="checkbox"/>	Für Diabetes <input type="checkbox"/>	Neuroleptika <input type="checkbox"/>
Andere <input type="checkbox"/>		

### FÜR FRAUEN :

Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Stillen Sie ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

**Bitte nur ausfüllen, falls Sie eine MRT-Untersuchung des Beckens / der Brust erhalten**

Haben Sie Kinder ?     JA: Wie viele ? \_\_     NEIN

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie : \_\_    Hatten Sie einen Kaiserschnitt ?     JA     NEIN

Sind Sie in den Wechseljahren ?

JA                      - Seit wann ? \_\_

                                    - **Hormonelle Behandlungen** ?     JA     NEIN

NEIN                      - **Datum der letzten Menstruation** : .....

Gibt es in Ihrer Familie eine Historie im Bereich Brust- oder Eierstockerkrankungen ?     JA     NEIN

Wenn ja, welche : .....

Herr       Frau                                       **Geburtsdatum:** .....

**Name :** .....                                      **Vorname :** .....

Die medizinischen Berichte, Befunde sowie die in unserem Zentrum aufgenommenen Bilder werden an den überweisenden Arzt und andere auf dem Überweisungsformular genannten Angehörigen der Gesundheitsberufe gesendet. Häufig fragen bei uns Fachärzte, Krankenhäuser, **CHUV oder HUG (Genfer Universitätskliniken)** Ergebnisse von Untersuchungen, Befunde und Bilder an, die in unserem Zentrum durchgeführt wurden. Durch Unterzeichnung

- erklären Sie sich damit einverstanden, dass die medizinischen Berichte, Befunde und die Bilder, die im Rahmen der Behandlung angefertigt werden, unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit an die vorgenannten Einrichtungen gesendet werden dürfen.
- erklären Sie sich damit einverstanden, dass das **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit alte Berichte, Befunde oder Bilder anfordern darf, die zur Feststellung der Diagnose im Zusammenhang mit den bei uns durchgeführten Untersuchungen erforderlich sind.

Datum : .....                                      Unterschrift :