

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, **folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:**

<b>Tragen Sie einen Herzschrittmacher?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wurde bei Ihnen eine Operation am Herz oder Kopf durchgeführt?</b> Wenn ja, was? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie Implantate?</b> zB Defibrillator, Herzklappe, Ohrimplantat, Aneurysmaclip, Insulinpumpe, Shunt, Stent, Schmerzpumpe, Port-a-Cath, etc Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie Metallteile im Körper?</b> zB Metallsplitter, Piercing, Gelenksprothese Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Tragen Sie ein Hörgerät?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sind Sie innerhalb der letzten 3 Tage tätowiert worden bzw. haben Sie ein Permanent Make-Up machen lassen?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Für Patientinnen:</b>	
<b>Könnten Sie schwanger sein?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Die Untersuchung findet in einem Magnetfeld statt. Jegliche Metallgegenstände, sowie Uhren, Brille, Schmuck, Geldbörse, Schlüssel, etc, müssen vor der Untersuchung abgelegt werden.**

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu.**

\_\_\_\_\_  
Datum/Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Begleitperson

**Vom DZB auszufüllen:**

<p>_____ Name Begleitperson</p>	<p>_____ Unterschrift MTD</p>
-------------------------------------	-----------------------------------