

Name: _____

Geburtsdatum: _____

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

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

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:

_____ Unterschrift Arzt/Ärztin	_____ Unterschrift MTD
-----------------------------------	---------------------------