

## Sicherheitsfragebogen Radiologie (MRT / CT)

### Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient

Dürfen wir Sie bitten, den Fragebogen gewissenhaft zu beantworten.

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen Ihnen unsere Mitarbeiter\*innen gerne zur Verfügung.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Wann haben Sie den Termin für die Befundbesprechung? Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

<b>Haben Sie...</b>	einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	einen Neurostimulator oder eine Schmerzpumpe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Metall an/in Ihrem Körper? <input type="checkbox"/> Piercing, <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke, <input type="checkbox"/> Schrauben, <input type="checkbox"/> Clips <input type="checkbox"/> Stents, <input type="checkbox"/> Akupunkturnadeln, <input type="checkbox"/> Schussverletzungen, <input type="checkbox"/> Anderes Wo? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wurde dieses vor 1990 implantiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine Insulinpumpe? Blutzuckersensor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Metallsplitter im Körper? (z.B. im Auge)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	ein <input type="checkbox"/> Hörgerät? (Bitte vor der Untersuchung entfernen) <input type="checkbox"/> Cochlea-Implantat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine Tätowierung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Nehmen Sie...</b>	Blutverdünnende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Aspirin Cardio <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wurden Sie operiert...</b>	am Herz oder am Kopf? (Gehirn, Ohr, Auge) Was? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden Sie...</b>	an Platzangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an Asthma oder Allergien, speziell auf Kontrastmittel? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an einer Schilddrüsenüberfunktion?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an <input type="checkbox"/> Diabetes oder an einer <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an einer Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an einer schweren Erkrankung Ihres Herzens oder Ihrer Blutgefässe? Wo? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Für Frauen</b>	Besteht eine Schwangerschaft oder sind Sie in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Ihre Grösse:</b> _____ cm <b>Ihr Gewicht:</b> _____ kg			

Ich bestätige hiermit, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen und die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe.  
Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Untersuchung.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_