**MRI vragenlijst Duits**

**Fragebogen MRT**

Für eine MRT-Untersuchung sind (strenge) Sicherheitsmaßnahmen erforderlich.

Aufgrund des starken Magnetfelds **können** in der Regel Personen mit einem **Herzschrittmacher oder ICD, Hörimplantaten, implantiertem Nerven-/Neurostimulator oder einem Gewebeexpander** **nicht untersucht werden**.

Bitte füllen Sie den Fragebogen so schnell wie möglich zu Hause aus. Wenn Sie die Fragen 1 bis 12 einmal oder mehrmals mit „Ja“ beantwortet haben, rufen Sie bitte schnellstmöglich die Abteilung Radiologie, Tel. +31 (0)78 654 71 90, an. Auch wenn Sie Zweifel haben, rufen Sie bitte die Poliklinik für Radiologie an. Die telefonischen Sprechzeiten sind von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 16:30 Uhr. Möglicherweise sind zusätzliche Sicherheitsmaßnahmen erforderlich oder die Untersuchung muss verschoben werden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.  | Haben Sie eine künstliche Herzklappe?  | * ja
 | * nein
 |
| 2. | Tragen Sie oder haben Sie jemals einen Herzschrittmacher, ICD oder ILR getragen? | * ja
 | * nein
 |
| 3. | Wurden Ihnen schon einmal Clips oder Stents in den Blutgefäßen eingesetzt? | * ja
 | * nein
 |
| 4. | Tragen Sie einen implantierten Nerven-/Neurostimulator? | * ja
 | * nein
 |
| 5. | Tragen Sie einen Gewebeexpander? | * ja
 | * nein
 |
| 6. | Tragen Sie eine Insulinpumpe oder eine andere Pumpe im oder am Körper?Oder tragen Sie ein Glukose-Messsystem (Pflaster)?  | * ja
 | * nein
 |
| 7. | Tragen Sie eine künstliche Linse, bei der Metallklammern verwendet werden?  | * ja
 | * nein
 |
| 8. | Tragen Sie Hörimplantate? | * ja
 | * nein
 |
| 9. | Haben Sie magnetische Implantate im Kiefer? | * ja
 | * nein
 |
| 10. | Sind Sie (möglicherweise) schwanger oder besteht der Verdacht auf eine Schwangerschaft?  | * ja
 | * nein
 |
| 11. | Haben oder hatten Sie einen Metallsplitter im Auge? | * ja
 | * nein
 |
| 12. | Arbeiten (oder haben) Sie in der Metallindustrie (gearbeitet)? | * ja
 | * nein
 |
| 13. | Befinden sich Metall- oder Kunststoffteile in Ihrem Körper, beispielsweise Prothesen? | * ja
 | * nein
 |
| 14. | Wurden Sie schon einmal operiert?  | * ja
 | * nein
 |
| 15. | Haben Sie ein Hörgerät? | * ja
 | * nein
 |
| 16. | Haben Sie ein Tattoo? | * ja
 | * nein
 |
| 17.  | Haben Sie ein Piercing?  | * ja
 | * nein
 |
| 18.  | Haben Sie ein Medikamentenpflaster?  | * ja
 | * nein
 |
| 19. | Wenden Sie Zinksalbe oder Zinkoxid-haltige Salbe? | * ja
 | * nein
 |

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

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

Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_ kg und Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_m

**Bitte nehmen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem Termin mit.**

Div 0161

Augustus 2024