

Bitte füllen Sie alle Fragen gewissenhaft aus

Vor- und Nachname: Geburtsdatum:
Telefonnummer: Größe in cm:
Ihr Hausarzt: Gewicht in kg:

JA NEIN

1. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder implantierten Defibrillator?
.....
2. Haben Sie eine Insulin- bzw. Medikamentenpumpe, einen Zuckersensor oder ein Hörgerät?
.....
3. Haben Sie Metallteile im Körper z.B. Stents, Ohrimplantate, Shunts, Gefäßclips, Gelenksprothesen, Cavaschirm, Herzklappen?
Wenn ja, welche? Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie operiert
.....
4. Sind Sie an Kopf, Auge, Herz, Ohr, Blutgefäßen operiert worden?
Wenn ja was wurde operiert? Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie operiert?
.....
5. Hatten Sie jemals eine Verletzung mit Metall- oder Granatsplitter (z.B. im Auge)?
6. Haben Sie einen Zahnersatz (z.B. Zahnprothese, Brücke, Implantat)?
7. Haben Sie Tätowierungen, Permanet-Make-up oder Piercings?
8. Sind Sie Raucher?
9. Haben oder hatten Sie je eine Krebserkrankung bzw. einen Tumor?
10. Wurden Sie in dem Bereich, den wir heute untersuchen, schon einmal operiert?
Wenn ja was wurde operiert? Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie operiert?
.....
11. Hatten Sie einen Unfall?
Wenn Ja, was ist passiert und wann?
.....
Wenn Nein, wie lange haben Sie schon Beschwerden?
.....

JA NEIN

12. Für Frauen:

- besteht eine Schwangerschaft?
- Verhüten Sie mittel Spirale?

Bitte beachten Sie, dass nach der MR-Untersuchung eine Kontrolle beim Frauenarzt bezüglich der Spirale notwendig ist - ausgenommen Hormonspirale.

Der schriftliche Befund Ihrer Untersuchung wird elektronisch spätestens am übernächsten Werktag direkt an Ihren Zuweiser (Arzt bzw. Krankenhaus) versendet.

Alle Krankenhäuser in Vorarlberg und auch einige Ärzte (z.B. Orthopäden) erhalten die Bilder Ihrer Untersuchung auch auf elektronischem Weg.

Eine Befundsankunft ist nur durch Ihren zuweisenden Arzt möglich.

Ihre Daten werden aufgrund der gesetzlichen Vorschriften im MR-Institut gespeichert und verarbeitet. Bei Fragen bezüglich des Datenschutzes steht Ihnen das Personal gerne zur Verfügung.

Ich habe den Fragebogen gelesen, die Fragen korrekt beantwortet und willige in die MR-Untersuchung ein. Ich bin einverstanden, dass allfällige Vorbefunde, Vorbilder, Operationsberichte, Laborwerte usw., die für die Diagnoseerstellung wichtig sein könnten, vom MR-Institut Dornbirn angefordert werden dürfen und die Ergebnisse der MR-Untersuchung an den zuweisenden Arzt/die zuweisende Ärztin oder andere Ärzte, die das Ergebnis anfordern, gesendet werden dürfen.

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

.....

.....

.....

Anmerkungen (vom MR-Personal auszufüllen):

Krea:

GFR:

Ausgewiesen:

JA / NEIN