

**Klinikdirektorin
Hauptprüfer**

Frau Univ-Prof'in Dr. med.
Christiane Neuschaefer-Rube

Pauwelsstr. 30
52074 Aachen
Tel.: +49 (0)241 80 88954
Fax: +49 (0)241 80 82513
E-Mail: phoniatrie@ukaachen.de

Projektleiter

Dr. Antoine Serrurier

Pauwelsstr. 30
52074 Aachen
Tel.: +49 (0)241 80 88956
E-Mail: aserrurier@ukaachen.de

Direktor

Herr Univ.-Prof. Dr. med. Ferdinand Binkofski

Pauwelsstr. 30
52074 Aachen
Tel.: +49 (0)241 80 88310
Fax: +49 (0)241 80 82139
E-Mail: fbinkofski@ukaachen.de

Fragebogen zur MRT-Untersuchung

Wir bemühen uns, die MRT-Untersuchung für Sie so angenehm wie möglich zu gestalten. Dieser Fragebogen dient dazu, mögliche Risiken vor der MRT-Untersuchung abzuschätzen und auszuschließen.

Name:

Reg-Nr.:

Bitte ankreuzen

ja nein Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche:

ja nein Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz oder kieferorthopädische
Therapiehilfen (Bsp. Teleskopprothese, Retainerdraht, Zahnspange)?

ja nein Haben Sie ein Zahnimplantat, das in den Kieferknochen eingeschraubt
wurde?

ja nein Haben Sie Metall oder andere Implantate im Körper? (Bsp. Stimulations-
gerät, Herzschrittmacher, Hörgerät, Medikamentenpumpe, chirurgische
Schrauben, Platten, Nägel, Gefäßclips, Stents, etc.).

Wenn ja, was:

-
- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Metall oder Metallsplitter in den Körper bekommen, z.B. durch Schleifarbeiten, Unfälle oder Schussverletzungen? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Piercings, Tätowierungen oder ein Permanentmakeup? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Implantate im Körper? (Bsp. Shunts, Katheter, Hormonstäbchen, Diaphragma, Leistenbruchnetz, etc.)
Wenn ja, was: |

-
- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie schon mal einen Krampfanfall gehabt (Bsp. Epilepsie, Fieberkrampf)? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Leiden Sie an Klaustrophobie (Angst vor räumlicher Enge, „Platzangst“)? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Kreislauf- od. Atembeschwerden, z.B. beim flachen Liegen? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Leiden Sie an Rücken- oder Nackenschmerzen? |

Für Frauen

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> sicher ja | <input type="checkbox"/> sicher nein | <input type="checkbox"/> unklar | Besteht eine Schwangerschaft? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | Nehmen Sie die Pille? |
| | | | Datum des ersten Tages der letzten Blutung: |

Klären Sie bitte mit dem Personal alle Fragen bevor Sie den MR-Untersuchungsraum betreten.

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen korrekt sind und nach bestem Wissen erfolgten. Alle abnehmbaren Metallteile (Geldstücke, Schlüssel, Uhr, EC-/Kreditkarten, Messer, Gürtel mit Metallschnalle, Bügel-BH, etc.) werde ich vor Betreten des Untersuchungsraumes ablegen.

Nachname: _____ Vorname: _____

Aachen, den: _____ Unterschrift: _____