Traumacenter Kronplatz
Plan de Corones

Seilbahnstrasse / Via Funivia 14 a
I- 39031 Reischach / Riscone (BZ)
Tel. 0474/548217

MR RIS Ver.02 del 24/10/2022

ANAMNESE UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR MAGNETRESONANZUNTERSUCHUNGEN

Patientendaten

Gewicht (kg)	Größe (cm)

Nachname .....

Vorname .....

Geburtsdatum und -ort .....

Anamnese-Fragebogen

Der anamnestische Fragebogen dient dazu, das Fehlen von Kontraindikationen für die MRT-Untersuchung oder die fehlende Relevanz spezifischer präventiver Untersuchungen festzustellen. Dieser Fragebogen muss vom MRT-Team sorgfältig ausgefüllt und vom zuständigen Arzt unterzeichnet werden, der aus den Antworten des Patienten schließen kann, ob Kontraindikationen für die MRT-Untersuchung vorliegen. Die Gegenzeichnung des/der Patienten/in am Ende der Einwilligungserklärung auf derselben Seite garantiert u.a., dass er/sie sich der schwerwiegenden Folgen falscher Aussagen oder Informationen auf die gestellten Fragen bewusst ist.

☐ Haben Sie bereits MRT-Untersuchungen durchgeführt? JA NEIN
☐ Hatten Sie allergische Reaktionen nach der Verabreichung von Kontrastmitteln? JA NEIN
☐ Leiden Sie unter Platzangst? JA NEIN
☐ Haben Sie jemals als Schweißer, Dreher oder Karosseriebauer gearbeitet (oder arbeiten Sie noch in einem dieser Berufe)? JA NEIN
☐ Hatten Sie jemals einen Verkehrsunfall oder einen Jagdunfall? JA NEIN
☐ Wurden Sie irgendwann Opfer eines Explosionstraumas? JA NEIN
☐ Sind Sie schwanger? Letzte Regelblutung: ……. JA NEIN
☐ Sind Sie operiert worden: Kopf ☐ Hals ☐ Abdomen ☐
Extremitäten ☐ Brust ☐ Sonstiges:…….
☐ Metallprothesen (frühere Brüche, Gelenkoperationen usw.), Schrauben, Nägel, Draht usw.? JA NEIN
☐ andere Prothesen? Wo? …… JA NEIN
☐ Haben Sie medizinische Geräte oder Metallkörper in Ihrem Körper? JA NEIN
☐ Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine andere Art von Herzkatheter? JA NEIN
☐ Sind Sie Träger von Metallsplittern? JA NEIN
☐ Sind Sie Träger von Clips für Aneurysmen, in der Aorta, im Gehirn? JA NEIN
☐ Künstliche Herzklappen? JA NEIN
☐ Stents? JA NEIN
☐ Tragen Sie einen implantierten Defibrillator? JA NEIN
☐ Fixateur Wirbelsäule? JA NEIN

Traumacenter Kronplatz
Plan de Corones

Seilbahnstrasse / Via Funivia 14 a
I- 39031 Reischach / Riscone (BZ)
Tel. 0474/548217

□ Insulinspumpe oder andere Medikamente?	JA	NEIN
□ Metallkörper in den Ohren oder Gehör-Implantate?	JA	NEIN
□ Neurostimolatoren, im Gehirn implantierte Elektroden?	JA	NEIN
□ Andere Arten von Stimulatoren?	JA	NEIN
□ Für Frauen: spirale?	JA	NEIN
□ fixe oder herausnehmbarer Zahnprotesen?	JA	NEIN
□ andere Implantate oder Metallteile?	JA	NEIN
□ weitere Informationen .....……		
□ Leiden Sie an Sichelzellenanämie?	JA	NEIN
□ haben sie künstliche Augenlinsen?	JA	NEIN
□ Haben Sie Piercings? Wenn ja wo? ……..…….	JA	NEIN
□ Haben Sie Tätowierungen? Wenn ja wo? ……	JA	NEIN
□ Benutzen Sie medizinische Pflaster?	JA	NEIN

Zur Durchführung der MRT-Untersuchung muss folgendes entfernt werden
Kontaktlinsen - Hörgeräte - Zahnprothesen - provisorische Kronen - Bruchgürtel - Haarspangen - Klammern - Brillen - Schmuck - Uhren - Kreditkarten oder andere Magnetkarten - Taschenmesser - Geldklammern - Münzen - Schlüssel - Haken - Druckknöpfe - Metallknöpfe - Stecknadeln - Kleidungsstücke mit Reißverschluss - Nylonstrümpfe - Kleidungsstücke aus Acryl - Metallpinzetten - Heftklammern - Feilen - Scheren und alle anderen Metallgegenstände.
Bitte schminken Sie vor der Untersuchung ab.

Zustimmung zur MRT-Untersuchung

Der/die Patient/in ist der Ansicht, dass er/sie ausreichend über die Risiken und Kontraindikationen im Zusammenhang mit der Exposition durch elektromagnetische Felder, die von MRT-Geräten erzeugt werden, informiert wurde. Daher erklärt er/sie sich im Bewusstsein der Bedeutung seiner/ihrer Antworten mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Unterschrift der/des **Patientin/en** Datum

…….. ……..……

Der für die MRT verantwortliche Arzt

nimmt die Antworten des/der Patient/en/in zur Kenntnis und genehmigt die MRT-Untersuchung nach Durchführung einer ärztlichen Untersuchung und weiterer diagnostischer Voruntersuchungen.

Unterschrift des **Arztes** Datum

…… ……..