

## MRI vragenlijst Duits

### Fragebogen MRT

Für eine MRT-Untersuchung sind (strenge) Sicherheitsmaßnahmen erforderlich.  
Aufgrund des starken Magnetfelds **können** in der Regel Personen mit einem  
**Herzschriftmacher 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 Herzschriftmacher, 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.**