

## 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?                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2.  | Tragen Sie oder haben Sie jemals einen Herzschrittmacher, ICD oder ILR getragen?                                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3.  | Wurden Ihnen schon einmal Clips oder Stents in den Blutgefäßen eingesetzt?                                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.  | Tragen Sie einen implantierten Nerven-/Neurostimulator?                                                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5.  | Tragen Sie einen Gewebeexpander?                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6.  | Tragen Sie eine Insulinpumpe oder eine andere Pumpe im oder am Körper?<br>Oder tragen Sie ein Glukose-Messsystem (Pflaster)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7.  | Tragen Sie eine künstliche Linse, bei der Metallklammern verwendet werden?                                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8.  | Tragen Sie Hörimplantate?                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9.  | Haben Sie magnetische Implantate im Kiefer?                                                                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. | Sind Sie (möglicherweise) schwanger oder besteht der Verdacht auf eine Schwangerschaft?                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

- |                                                                                           |                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 11. Haben oder hatten Sie einen Metallsplitter im Auge?                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Arbeiten (oder haben) Sie in der Metallindustrie (gearbeitet)?                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Befinden sich Metall- oder Kunststoffteile in Ihrem Körper, beispielsweise Prothesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Wurden Sie schon einmal operiert?                                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Haben Sie ein Hörgerät?                                                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 16. Haben Sie ein Tattoo?                                                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 17. Haben Sie ein Piercing?                                                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 18. Haben Sie ein Medikamentenpflaster?                                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 19. Wenden Sie Zinksalbe oder Zinkoxid-haltige Salbe?                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

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

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

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

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