

Kernspintomografie-Untersuchung

Fragen an Patientinnen und Patienten

Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:		Gewicht (auf 5 kg genau):	
<p>1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>2. Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile? (z.B. Metallsplitter, Clips von Operationen, Metallprothesen) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>3. Sind Sie am Herz oder Kopf operiert worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>4. Tragen Sie eine Zahnprothese oder ein Hörgerät? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>5. Leiden Sie unter Platzangst? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>6. Für Frauen im gebärfähigen Alter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besteht eine Schwangerschaft? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> • Stillen Sie zur Zeit? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> • Tragen Sie eine Spirale? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <p>7. Leiden Sie unter Allergien Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>			

(Bitte noch nicht ausfüllen, wird mit dem Personal besprochen!)	
Ich habe die oben genannten Fragen sowie das Merkblatt zur Kernspintomografie verstanden und die Fragen korrekt beantwortet. Ich hatte die Gelegenheit, Unklarheiten mit dem Fachpersonal zu besprechen.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Ort: Datum:

Unterschrift:

(Falls der Patient / die Patientin selber nicht in der Lage ist zu unterzeichnen, bitte durch nahe Angehörige oder den betreuenden Arzt unterzeichnen lassen.)

Unterschrift der FMTR: