

Name : _____

Geburtsdatum :

Vorname: _____

Gewicht : kg

Grösse : cm

	JA	NEIN
Haben Sie schon einmal eine Magnet-Resonanz Untersuchung (MRI) gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder einen Neurostimulator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Insulinpumpe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie am Herzen operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen ein chirurgischer Eingriff am Gehirn vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Implantate, Prothesen, Herzklappe, Stents oder Clips nach einem chirurgischen Eingriff, Spirale, Piercing • Metallsplitter (besonders in den Augen) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Allergien oder Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche: _____		
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Permanent-Make-up, haben Sie Tätowierungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnprothesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Transdermale Pflaster (z.B. NICOTINELL®, SCOPODERM® TTS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Platzangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon mal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was wurde operiert: _____		
	Wann?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Für Frauen :		
Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen/weitere Informationen? _____		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information der Untersuchung gelesen habe und diesen Fragebogen verstanden und richtig beantwortet habe, und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass Affidea bei Bedarf frühere Berichte oder Untersuchungsergebnisse anfordern kann, um sich ein besseres Bild von meinem Fall machen zu können.

Unterschrift des Patienten: _____

Datum :