



## Patienteninformation – Kernspintomographie (MRT)

**Nachname** (Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Telefon/Handy-Nr:** \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine Insulinpumpe, ein Cochleaimplantat oder Ähnliches?

ja  nein

Sind bei Ihnen Metallclips oder Metallimplantate (z.Bsp. Prothesen) bekannt oder vorhanden?  
Wurden Sie schon einmal am Kopf, Herz oder den Gefäßen operiert?

Bitte geben Sie für unsere Geräteeinstellung Ihr Gewicht und Körpergröße an: ca. \_\_\_\_\_ kg  
\_\_\_\_\_ cm

Für **Patientinnen:**

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  ja  nein

Wird gerade ein Kind gestillt?  ja  nein

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_