



**Fragestellung:**

Letzte Periode (Datum): \_\_\_\_\_

Für jede **MR-Untersuchung:**

Kardialer Pacemaker

Andere Metallimplantate / Fremdkörper

ja            Art: \_\_\_\_\_

nein

Anzahl Untersuchungen:

Kontrastmittel

Anzahl Filme:

Art:

Durchleuchtungszeit:

Menge:

MTRA (Initialen):

Arzt (Initialen):

**Bemerkungen:**