

Dental-MRT Anmeldeformular

Sehr geehrte Damen und Herren,
vielen Dank für Ihr Interesse an der Dental-MRT. Um sicherzustellen, dass Sie von einer MRT-Untersuchung profitieren, benötigen wir im Vorfeld einige Informationen von Ihrem behandelnden Zahnarzt bzw. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen.

Patientendaten

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Zuweiserverdaten / Stempel

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
Unterschrift Arzt: _____

Absolute Ausschlusskriterien für eine dentale MRT-Untersuchung

- Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Cochlea-Implant, Neurostimulatoren oder Metallsplitter
- Starke Platzangst

Relative Ausschlusskriterien (Einzelfallentscheidung durch Neuroradiologie)

- Festsitzende Zahnsperre oder Retainer. Falls zutreffend in der Region: _____
- Weitere metallische oder magnetische Implantate im/am Körper (falls Ausweis vorhanden, bitte vorab faxen oder per E-Mail): _____
- Nierenerkrankung (bei bekannter Nierenerkrankung max. 1 Woche alter Kreatinin-Wert notwendig)
- Allergien und Unverträglichkeiten: _____
- Schwangerschaft

Primäre Fragestellung

Bitte zutreffende Fragestellung ankreuzen und ggf. unterstreichen

- V.a. Schädigung des N. alveolaris inferior durch: _____
- V.a. Osteomyelitis
- Parodontitis mit unklarer Ausdehnung
- Differenzierung periapikaler Läsionen (Granulom vs. Zyste)
- Kieferorthopädie – Zahnanlagen, Zahnfehlstellung o. Zahnresorption
- Unklare knöcherner Kieferläsion
- Andere Fragestellung: _____

Zahnregion: _____

Angaben zu dentalen Fremdmaterialien

Art der Zahnrestauration bzw. festsitzende Zahnersatz und Materialzusammensetzung angeben, zugehörige Zahnregion markieren:

Material																	
Art																	
Zähne	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Zähne	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Art																	
Material																	

Art: k = Krone, t = Teleskopkrone, fl = Füllung, st = Wurzelstift, i = Implantat, f = fehlender Zahn, b = Brücke, in = Inlay
wf = Wurzelfüllung, a = Andere, bitte angeben: _____

Material: nem = Nichtedelmetall, e = Edelmetall, ke = Keramik, ko = Komposite, a = Amalgam, t = Titan

Anzufügende Anlagen (wenn möglich in digitaler Form)

- Aktuelle(r) zahnärztliche(r) Untersuchungsbefund/Basisdokumentation
- Röntgenvoraufnahmen (Zahnfilm, OPG, DVT, CT)