

## Zuweiser-Checkliste Dental-MRT

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.

### Patienteninformationen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Zuweiserinformationen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Absolute Ausschlusskriterien für eine dentale MRT-Untersuchung

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

### Relative Ausschlusskriterien (Einzelfallentscheidung durch Neuroradiologie)

- › Festsitzende Zahnspange oder Retainer. Falls zutreffend in der Region \_\_\_\_\_
- › Weitere metallische oder magnetische Implantate im/am Körper (bei Stents bitte Ausweis vorab faxen oder emailen) \_\_\_\_\_
- › Nierenerkrankung (bei bekannter Nierenerkrankung max. 1 Woche alter Kreatinin-Wert notwendig)
- › Allergien und Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_
- › Schwangerschaft

### Primäre Fragestellung

Bitte zutreffende Fragestellung ankreuzen: Zahnregion

<input type="checkbox"/> V.a. Schädigung des N. alveolaris inferior durch: _____	_____
<input type="checkbox"/> V.a. Osteomyelitis	_____
<input type="checkbox"/> Parodontitis mit unklarer Ausdehnung	_____
<input type="checkbox"/> Unklare oder V.a. periapikale Läsion (z.B. Granulom, Zyste)	_____
<input type="checkbox"/> Kieferorthopädie – Zahnanlagen, Zahnfehlstellung o. Zahnresorption	_____
<input type="checkbox"/> andere primäre Fragestellung: _____	_____

### Angaben zu dentalen Fremdmaterialien

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

Art																
Material																
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  
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)