

# Merkblatt für Patienten

zur Magnetresonanztomographie (MRI)

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden zu einer Magnet-Resonanz-Untersuchung angemeldet. Anstelle von Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen werden zur bildlichen Darstellung Ihres Körpers Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Das Echosignal aus Ihrem Körper wird von sehr empfindlichen Antennen empfangen und einem Computer zugeführt, welcher daraus eine bildliche Darstellung der untersuchten Region herstellt.

Die Untersuchung wird in einem speziellen Raum durchgeführt. Sie liegen auf einer beweglichen Liege, welche sich langsam in eine Öffnung des Geräts bewegt. Je nach Art und Technik dauert die Untersuchung zwischen zwanzig und sechzig Minuten. Während der einzelnen Messungen von jeweils zwei bis sechs Minuten sollten Sie ruhig und entspannt liegen. Die lauten Klopferäusche werden durch elektromagnetische Schaltungen hervorgerufen und sind für Sie ungefährlich. Sie werden während der Untersuchung akustisch und optisch überwacht und haben die Möglichkeit, jederzeit mit dem Personal in Verbindung zu treten.

Um mögliche Risiken zu vermeiden, müssen wir Ihnen einige Fragen stellen. Daher bitten wir Sie, den Fragebogen auf der Rückseite genau durchzulesen und gewissenhaft zu beantworten.

## Bitte nehmen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem MRI-Termin mit.

Selbstverständlich stehen Ihnen der zuständige Arzt und das medizinisch-technische Personal gerne zur Verfügung, um Ihre Fragen zu beantworten.

Ihr MRI-Team



# Fragebogen Magnetresonanztomographie (MRI)

Sicherheitsfragen und Einverständniserklärung

Name, Vorname:
Geburtsdatum/PID:

Grösse (cm): \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

## Tragen Sie eine/einen...

**Ja** **Nein**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Herzschrittmacher ( <input type="checkbox"/> implantiert / <input type="checkbox"/> entfernt) / Defibrillator / Event-Recorder?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurostimulator / Blasenstimulator / Hirnstimulator.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Shunt-Ventil / Medikamentenpumpe? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefäss-Clip im Hirn      Wenn ja, seit wann?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Künstliche Herzklappe      Wenn ja, seit wann?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insulinpumpe / Blutzucker-Mess-Chip? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Innenohr- und Mittelohrprothese / Paukenröhrchen / Cochlea-Implantat?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnspange festsitzend ("Gartenhag" / "Plättlispange" / Brackets) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hörgerät / Zahndraht (Retainer) / Zahnprothese (magnetisch haftend ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> )..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schrauben / Platten / Gelenkprothesen / Stent      Wo?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderes / Andere Implantate: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |
| Haben oder hatten Sie Metallsplitter in den Augen? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |
| Haben Sie eine Niereninsuffizienz oder sind Sie dialysepflichtig? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie in den letzten 4 Wochen tätowiert worden (Tattoo/Permanent MakeUp)?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist bei Ihnen eine MRI-Kontrastmittel-Allergie bekannt? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<b>Bei einer Brust MRI-Untersuchung:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Nehmen Sie Hormone ein? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Tamoxifen ein? (Arzneistoff zur Therapie von Brustkrebs).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Brust bestrahlt worden? Wenn ja, wann?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Zusatzfragen für weibliche Patienten:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den Magneten hereingezogene Gegenstände können zu erheblichen Verletzungen des Patienten führen. Wir bitten Sie deshalb folgende Gegenstände zu entfernen (Uhr, Schmuck, Piercing, Natel, Hörgeräte, Geldbörse etc.). Bei Schädel MRI-Untersuchungen sollten auch MakeUp und Kontaktlinsen entfernt werden.

**Falls Sie ein rot umrandetes Kästchen angekreuzt haben, nehmen Sie bitte vorgängig Kontakt mit uns auf unter der Telefon-Nummer 052 266 46 01. Besten Dank.**

**Ich habe die Fragen verstanden und wahrheitsgemäss beantwortet. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung der Untersuchung sowie der Verabreichung von Kontrastmittel (falls für die Diagnosestellung notwendig) einverstanden.**

Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter:** \_\_\_\_\_

MTRA: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt + Tel.Nr. (in Blockschrift): \_\_\_\_\_