

PATIENTENAUFKLÄRUNG UND -INFORMATION FÜR DIE GEPLANTE MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT)

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum	
Vorname	Gewicht _____(kg)	Körpergrösse _____ (cm)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer MRT-Untersuchung überwiesen.

Wir bitten Sie, zu Ihrer Information den untenstehenden Text durchzulesen und den anschliessend folgenden Fragebogen auszufüllen.

Mit der Magnetresonanztomografie kann Ihr Körper ohne Verwendung von Röntgenstrahlen untersucht werden. Während Sie in einem starken Magnetfeld liegen, werden mithilfe von elektromagnetischen Wellen Signale aus Ihrem Körper empfangen. Diese werden durch einen Computer ausgewertet und von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Radiologie beurteilt. Nach heutigen Erkenntnissen sind schädliche Auswirkungen auf den Organismus nicht bekannt.

Für die Untersuchung bitten wir Sie, sich in der Umkleidekabine bis auf Unterhose und Socken zu entkleiden und ein Patientenhemd anzuziehen. Wegen des Magnetfeldes können Sie metallische Gegenstände wie Uhren, Brillen, Hörgeräte, Haarklammern, Zahnprothesen, Portemonnaie (inkl. Karten mit Magnetstreifen) usw. nicht in den Untersuchungsraum mitnehmen. Bitte lassen Sie diese Utensilien in der abgeschlossenen Umkleidekabine.

In Abhängigkeit von der Fragestellung dauert die Untersuchung einer einzelnen Körperregion unterschiedlich lang.

Durch technisch bedingte klopfende Geräusche im Gerät wird die Untersuchung sehr laut. Sie erhalten deswegen Kopfhörer / Ohrstöpsel als Gehörschutz und einen Signalknopf in die Hand, um sich bemerkbar zu machen. Bitte bleiben Sie während der Untersuchung ruhig liegen, da durch Bewegungen die Bildqualität verschlechtert und damit die Aussagekraft der Untersuchung eingeschränkt wird. Wir sind während der gesamten Untersuchungszeit in unmittelbarer Nähe und immer, ausser während der Sequenzen, für Sie ansprechbar, falls Sie Fragen oder Bemerkungen haben.

In Abhängigkeit von den zu untersuchenden Körperregionen und um krankhafte Veränderungen besser darstellen zu können, kann es notwendig werden, Ihnen ein Kontrastmittel in eine Vene zu verabreichen. Dazu erhalten Sie einen venösen Gefässzugang in der Armbeuge. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht Ihnen ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung. Die Wahrscheinlichkeit einer Nebenwirkung ist allerdings sehr gering.

Nach der Untersuchung sind keine besonderen Verhaltensregeln zu beachten.

Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich an die Mitarbeitenden der Radiologie. Besten Dank für Ihre Unterstützung.

FRAGEBOGEN:

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Untersuchung nicht oder ggf. nur nach entsprechender Vorbereitung durchgeführt werden.

Hierzu ist es für uns wichtig, bestimmte Einflussfaktoren zu erfragen. Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten, um eventuelle Risiken auszuschliessen. Falls notwendig, sind wir beim Beantworten der Fragen behilflich.

Bitte ankreuzen (X) und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

Frühere MRT-Untersuchung(en)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Platzangst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

HABEN SIE

einen Herzschrittmacher? Marke / Modell _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine künstliche Herzklappe? Marke / Modell _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
einen Nervenstimulator, eine Insulin- oder Schmerzpumpe, Blutzuckersensor? Typ _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Operation am Herzen oder im Kopf gehabt? Wenn ja, wann und was? _____ In welchem Spital? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Gelenkprothese oder Metall (z.B. Schrauben, Wirbelsäule, Knie, Hüfte, Schulter)? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Implantierte Clips im Körper (z.B. Bauch, andernorts)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Metall-/Granatsplitter im Körper oder im Auge?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

TRAGEN SIE

ein Innenohrimplantat oder Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tattoos, Permanent-Make-up, Piercings, Schmuckimplantate? Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben oder hatten Sie jemals Probleme mit den Nieren oder der Nierenfunktion?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel oder andere Medikamente ein oder tragen Sie ein Medikamentenpflaster?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelunverträglichkeit bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

FÜR FRAUEN

Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie eine Spirale / ein Hormonpflaster? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Hiermit bestätige ich, die oben genannten Fragen verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Unterschrift : _____

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)