

7. Hatten Sie früher eine Metallsplitterverletzung? (z.B. Auge)

Ja Nein

8. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja, welche? _____

Nein

9. Gab es bei früheren Untersuchungen Kontrastmittel-Reaktionen?

Ja Nein

10. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung (Einschränkung der Nierenfunktion)?

Ja Nein

11. Haben Sie eine Tätowierung, ein Schmerz- oder Hormonpflaster oder ein Permanent-Make-up?

Ja Nein

12. Haben Sie Platzangstgefühle?

Ja Nein

13. Gibt es Gründe, weshalb Sie nicht längere Zeit absolut still liegen können? (z.B. starke Erkältung, Zittern, starke Schmerzen)

Ja, welche? _____

Nein

14. Für Frauen: Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Ich bestätige hiermit, obige Fragen gewissenhaft beantwortet und die Patienteninformation gelesen zu haben.

Münchenstein / Datum _____

Unterschrift _____



KOMPETENZ, DIE VERTRAUEN SCHAFFT.

BERATUNG UND INFORMATION
HIRSLANDEN HEALTHLINE 0848 333 999

ORTHOPÄDISCHES NOTFALLZENTRUM
24 STUNDEN UND 7 TAGE FÜR SIE DA
T +41 61 335 25 75

HIRSLANDEN KLINIK BIRSHOF
RADIOLOGIE KLINIK BIRSHOF
REINACHERSTRASSE 28
CH-4142 MÜNCHENSTEIN
T +41 61 335 24 80
F +41 61 335 24 90
BIRSHOF.RADIOLOGIE@HIRSLANDEN.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH/BIRSHOF

855 982 6000 05/16 bc medien ag KROMER PRINT AG

HIRSLANDEN
KLINIK BIRSHOF

RADIOLOGIE KLINIK BIRSHOF

INFORMATION ZUR MAGNETRESONANZ- TOMOGRAPHIE (MR)

Ihr Untersuchungstermin ist am

Tag _____ Datum _____

um _____ Uhr _____

HIRSLANDEN
A MEDICLINIC INTERNATIONAL COMPANY

Die Magnetresonanztomographie oder Kernspintomographie oder Magnetic Resonance ist ein bildgebendes Diagnoseverfahren. Es werden Schnittbilder in verschiedenen Ebenen der zu untersuchenden Körperregion angefertigt. Im Gegensatz zu Röntgenuntersuchungen werden jedoch keine Röntgenstrahlen angewendet.

Die MR-Untersuchung ist daher mit keiner schädlichen Strahlenbelastung verbunden!

Die diagnostischen Informationen werden von im Körper angeregten Wasserstoff-Atomen gewonnen. Die Anregung erfolgt in einem sehr starken Magnetfeld mittels Hochfrequenzimpulsen, die Radiowellen ähnlich sind.

Die vom Körper ausgesandten sehr schwachen Signale werden von hochempfindlichen Antennen (= Spulen) registriert und mittels Grossrechenanlage zu einem Bild rekonstruiert.

Sie werden zur Untersuchung aufgerufen. Besonders wichtig ist, dass sowohl alle Datenträger, z.B. Kreditkarten sowie auch alle metallischen Gegenstände, z.B. Halsketten, Ohrclips, Piercings, Haarspangen usw. entfernt werden. Ihre Wertsachen können Sie in der Umkleidekabine einschliessen.

Für Frauen
Falls Sie eine Spirale zur Verhütung haben, empfehlen wir eine Lage-Kontrolle beim Gynäkologen nach der MR-Untersuchung.

Wir bitten Sie, den in der Broschüre aufgeführten Fragenkatalog gewissenhaft zu beantworten.

Für die Untersuchung werden Sie auf dem Untersuchungstisch so bequem wie möglich gelagert und anschliessend in das röhrenförmige Untersuchungsgerät eingefahren. In manchen Fällen werden zur Anhebung des Bildkontrastes, vor oder während der Untersuchung, Injektionen mit Kontrastmittel in die Armvene verabreicht. Das Kontrastmittel (Gadolinium) wird in der Regel gut vertragen.

Während der Untersuchung, die etwa 30 bis 60 Minuten dauert, sollten Sie entspannt und ruhig liegen. Während der Messung sind relativ laute, klopfende Geräusche hörbar, die zur Bildgebung notwendig sind.

Es ist sehr wichtig, dass Sie sich während der Messung nicht bewegen.

Bei Untersuchungen des Kopfes bitten wir Sie, den Kopf nicht zu bewegen, nicht zu sprechen und auch die Gesichtsmuskeln nicht zu bewegen. Sollten Probleme auftreten, können Sie jederzeit über die installierte Gegensprechanlage Kontakt mit uns aufnehmen.

Wenn Sie weitere Informationen wünschen, geben Ihnen unsere Mitarbeiter gerne Auskunft.

Wir bieten Ihnen an, während der Untersuchung Musik zu hören. Bitte kreuzen Sie Ihren gewünschten Musikstil an.

- Klassik
- Rock / Pop
- Schlager
- Italienische Schlager
- Schweizer Volksmusik
- Instrumentalstücke
- Oldies
- Country
- Jazz

WIR BITTEN SIE, FOLGENDE FRAGEN GEWISSENHAFT ZU BEANTWORTEN (ZUTREFFENDES ANKREUZEN)

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Gewicht in kg _____ Grösse _____

1. Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder eines Nervenstimulators?
 Ja Nein
2. Tragen Sie ein Hörgerät? (Sie sollten dieses für die Untersuchung herausnehmen)
 Ja Nein
3. Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese? (Sie sollten diese für die Untersuchung herausnehmen)
 Ja Nein
4. Sind Sie am Kopf oder am Herzen operiert worden?
 Ja Nein
5. Befinden sich in Ihrem Körper evtl. Metallteile? (z.B. Metallsplittverletzungen, Prothesen oder Clips nach Operationen)
 Ja Nein
6. Befinden sich in Ihrem Körper medizinische Implantate (z.B. Insulinpumpe, Morphiumpumpe, Cochlea-Implantat, ventrikulo-peritonealer Shunt, etc)?
 Ja Nein