

INFORMATION UND FRAGEBOGEN FÜR MAGNETRESONANZ- UNTERSUCHUNG (MR-UNTERSUCHUNG)

Orientierung:

Die Magnetresonanztomografie (MRI / MRT oder auch Kernspintomografie genannt), ist ein Diagnoseverfahren, welches die Herstellung von Bildern des Körpers ermöglicht und in besonderen Anwendungen Zusatzinformationen erbringt. Es werden keine Röntgenstrahlen verwendet; die Information wird durch Anregung mit Hochfrequenzimpulsen (Radiowellen) in einem sehr starken Magnetfeld und durch Messungen über hochempfindliche Antennen (sogenannte Spulen) gewonnen.

Was geschieht mit Ihnen im Untersuchungsablauf:

Entkleiden Sie sich bitte in der Kabine nach Anweisung der Fachleute für Radiologie. Für die Untersuchung werden Sie auf einem Tisch bequem gelagert und dann in den röhrenförmigen Apparat gefahren. Manchmal ist zur Verbesserung des Bildkontrastes eine Injektion in die Armvene erforderlich. Während der Untersuchung sollten Sie entspannt und ruhig auf dem Untersuchungstisch liegen und sich durch das klopfende Geräusch nicht stören lassen. Manchmal gelingt es sogar, während der Untersuchung zu schlafen.

Sie sind über eine Gegensprechanlage jederzeit mit uns verbunden und können deshalb nötigenfalls mit uns Kontakt aufnehmen. Auch wir können über die Gegensprechanlage den Kontakt zu Ihnen jederzeit aufrecht erhalten.

Vorsichtsmassnahmen und Fragebogen:

Damit die Untersuchung korrekt durchgeführt werden kann, müssen einzelne Vorsichts-massnahmen getroffen werden. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten und mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Antwort zu bestätigen.

Vor dem Eintritt in die Zone mit starkem Magnetfeld müssen Sie obligatorisch folgende Gegenstände ausziehen bzw. vom Körper entfernen:

Brillen, Hörhilfen, Schmuck, Uhren, Geldbeutel, Kleidungsstücke mit Reissverschluss, Kreditkarten, Schlüssel, Haarspangen, Stützgürtel mit Metall, Büstenhalter.

Patientenetikette

Grösse: _____ Gewicht: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Sind Sie zur Zeit schwanger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie je an einem Ort gearbeitet, an dem Sie mit Metallsplittern in Kontakt kommen konnten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine frische Tätowierung (1-3 Monate alt) ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie je operiert? Wenn ja, an welchem Körperteil? Welche Operation?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie in Ihrem Körper metallische Fremdkörper? Falls ja, bitte genaue Angaben:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihnen ein Herzschrittmacher, eine Insulinpumpe, ein Nervenstimulator oder eine ähnliche medizinische Hilfe eingepflanzt worden? Wenn ja, bitte genaue Angaben machen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein implantiertes Hörgerät?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? (z. Bsp. Marcumar, Aspirin)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Nierenfunktionsstörung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, bitte genaue Angaben machen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>



Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift MTRA: _____