



Anmeldung für auswärtige Zuweiser

Patient weiblich männlich

Name	Vorname
------	---------

Bei Kindern <input type="checkbox"/> Name Mutter	<input type="checkbox"/> Name Vater
--	-------------------------------------

Geburtsdatum	Telefon P	Telefon G
--------------	-----------	-----------

Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort
---------------------	----------

Kostenträger Krankenkasse Unfallversicherung (bei Unfall)

Name und Sektion

Mitglied Nr.	Unfalldatum	Unfall Nr.
--------------	-------------	------------

Zuweiser

Praxis Dr. med./ Spital

Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort
---------------------	----------

Telefon	Spital: Tel. intern Fax
---------	----------------------------

Gewünschte Untersuchungstechnik

<input type="checkbox"/> Konv. Röntgen und Spezialuntersuchungen	Tel. direkt 052 266 26 04	Fax 052 266 47 15
<input type="checkbox"/> Angiographie u./o. Radiologische Interventionen	Tel. direkt 052 266 26 22	Fax 052 266 47 15
<input type="checkbox"/> Ultraschall	Tel. direkt 052 266 26 55	Fax 052 266 35 04
<input type="checkbox"/> Computertomographie	Tel. direkt 052 266 46 06	Fax 052 266 47 15
<input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie	Tel. direkt 052 266 46 01	Fax 052 266 46 03
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	Tel. direkt 052 266 26 32	Fax 052 266 45 22

Gewünschte Untersuchung

Klinischer Befund oder Diagnose

Fragestellung

Allergien u./o. Spezielles	Kreatinwert vom
----------------------------	-----------------

Gewünschter Untersuchungstermin	Gewünschte Übermittlungsart des Befundes <input type="checkbox"/> Per Briefpost <input type="checkbox"/> Telefonisch und per Briefpost <input type="checkbox"/> Per Fax <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--

Gewünschte Dokumentationsart <input type="checkbox"/> Keine Dokumentation (Bilder) erwünscht <input type="checkbox"/> Dokumentation auf Röntgenfilm	<input type="checkbox"/> Dokumentation auf CD <input type="checkbox"/> Dokumentation auf Papierausdruck
---	--

Datum

Stempel und Unterschrift



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Brauerstrasse 15, Postfach 834
CH-8401 Winterthur
www.ksw.ch

Institut für Radiologie
Direktor: PD Dr. med. Christoph A. Binkert
Tel. direkt 052 266 26 02
Fax direkt 052 266 45 09
E-Mail: christoph.binkert@ksw.ch

Merkblatt für Patienten

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 Klopfgeräusche 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, die umseitigen Fragen genau durchzulesen und gewissenhaft zu beantworten.

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

Ihr MRI-Team

Bitte bei Eintritt ausgefüllten Fragebogen mitnehmen.

Fragebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sind Sie Träger:		
eines Herzschrittmachers	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
eines Neurostimulators	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
einer Injektionspumpe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
eines Shuntventils	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
von Paukenröhrchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
einer Mittelohr- oder Innenohrprothese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
von künstl. Herzklappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
anderer Implantate	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, nennen Sie bitte		
☞ Marke:		
☞ Hersteller:		
☞ Herstellungsdatum:		
☞ Operateur/Klinik:		

Hatten Sie jemals beruflich oder privat mit Metallverarbeitung zu tun?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Metallsplitter in den Augen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Orbita RX Arztvisum:	Metall:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind Sie operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Operation, wann und wo?		
Haben Sie Metall im Körper?		
<input type="checkbox"/> Schrauben	<input type="checkbox"/> Nägel	<input type="checkbox"/> Prothesen
<input type="checkbox"/> Fremdkörper		
Magnetisch haftende Zahnprothese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei einer Untersuchung der Brust geben Sie bitte das Datum des Beginns der letzten Monatsblutung an:		

Haben Sie ein Nierenleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja: Sind Sie dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Serum-Kreatininwert (µmol/l):		Creatinin Clearance (ml/min):			
Haben Sie eine Medikamenten- oder Lebensmittelallergie?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, worauf?					
Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?					

Ich bin damit einverstanden, dass die anonymisierten Bilddaten zu wissenschaftlichen Zwecken unter Einhaltung des Arztgeheimnisses verwendet werden dürfen. Die für die wissenschaftliche Forschung verwendeten Bilddaten werden so anonymisiert, dass daraus keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Körpergewicht:	Körperlänge:
-----------------------	---------------------

Achtung! Bevor Sie den Untersuchungsraum betreten, entfernen Sie bitte folgende Dinge:

- Uhren und Schmuck	- Brille
- Brieftasche	- Kontaktlinsen (nur Schädeluntersuchungen)
- Geldbörse	- Hörgerät
- Kleingeld	- Haarspangen und -nadeln
- Zahnprothesen	- Haarteile
- Funktelefon	- Piercing
- Armbanduhr	- Make-up (nur Schädeluntersuchungen)

Kreditkarten können entwertet werden, nehmen Sie diese nicht in den Untersuchungsraum mit.

In den Magneten hineingezogene Gegenstände können zu erheblichen Verletzungen des Patienten führen! Die meisten Punkte des Fragebogens gelten auch für Begleitpersonen.

Bei Unklarheiten können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Ich habe die Informationen verstanden und alle Fragen gewissenhaft beantwortet.

Datum: _____ Unterschrift **Patient** (evtl. Arzt): _____

Datum: _____ Unterschrift MTRA: _____