

# Merkblatt für Patienten

## zur Magnetresonanztomographie (MRI)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden zu einer Magnet-Resonanz-Untersuchung angemeldet. Anstelle von Röntgenstrahlen 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 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.



# 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 Ohrprothese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
eines Hörgerätes	<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:

Haben Sie Metallsplitter in den Augen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Orbita RX Arztvisum:</b>	<b>Metall:</b>	<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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Schrauben	<input type="checkbox"/> Nägel	<input type="checkbox"/> Prothesen
<input type="checkbox"/> Fremdkörper		
Sind Sie in den letzten 4 Wochen tätowiert worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie ein permanent Make up?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnprothese:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magnetisch haftend:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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 Kontrastmittel-, Medikamenten- oder Lebensmittelallergie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, worauf?					
Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?					

Bei Untersuchungen der Brust		
Nehmen Sie Hormone ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Tamoxifen ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die Brust bestrahlt worden? Wenn ja wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stillen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>Körpergewicht:</b>	<b>Körperlänge:</b>
-----------------------	---------------------

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

- Uhren und Schmuck
- Make-up (nur Schädeluntersuchungen)
- Hörgerät
- Brieftasche/Kleingeld
- Kontaktlinsen (nur Schädeluntersuchungen)
- Brille
- Zahnprothesen
- Haarteile-spangen und -nadeln
- Piercing
- Natel / Mobile

**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: \_\_\_\_\_