

MRI – Magnetresonanztomographie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat Sie zu einer MRI Untersuchung angemeldet. Hierzu sollten Sie Folgendes wissen: Die Untersuchung wird in einem sehr starken Magnetfeld durchgeführt, daher dürfen Sie bestimmte Metalle nicht in oder an Ihrem Körper tragen. Elektronische Geräte oder Chipkarten können durch das Magnetfeld zerstört werden.

Achtung! Bevor Sie den Untersuchungsraum betreten, müssen Sie folgende Gegenstände ablegen: Telefon, Uhr, Portemonnaie/Brieftasche, Münzgeld, Brille, Zahnprothese, Hörgerät, Schmuck, Haarspangen und anderen Haarschmuck. Karten mit Magnetstreifen wie z.B. Kreditkarten werden im Magnetfeld des Untersuchungsraums gelöscht und müssen deshalb in der abschliessbaren Kabine deponiert werden. Für die Untersuchung müssen Sie sich bis auf die Unterhose entkleiden, da in diversen Stoffen Metalle enthalten sein können. Auch Ihre allfällige Begleitperson muss diese Hinweise beachten.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen

- ➔ Herzschrittmacher / Defibrillator? JA NEIN
- ➔ Neurostimulator / Neuromodulator? JA NEIN
- ➔ Insulinpumpe / Medikamentenpumpe? JA NEIN
- ➔ Cochlea-Implantat (Innenohr-Implantat)? JA NEIN
- ➔ Befinden sich sonstige Implantate / Metalle in Ihrem Körper? Falls ja, welche? JA NEIN
-
- ➔ Hatten Sie eine Metallsplitter- oder Schussverletzung? JA NEIN
- ➔ Wurden Sie jemals am Herzen oder am Kopf operiert? JA NEIN
- ➔ Herausnehmbare Zahnprothese? Hörgerät? JA NEIN
- ➔ Permanentes Make-up / Piercing / Tätowierung? JA NEIN
- ➔ Leiden Sie unter Platzangst? JA NEIN
- ➔ Leiden Sie an einer Nierenerkrankung bzw. einer Nierenfunktionsstörung? JA NEIN
- ➔ Haben Sie Allergien? Falls ja, welche? JA NEIN
-
- ➔ Gibt es bereits medizinische Bilder von Ihnen? Falls ja, wo und wann wurden diese angefertigt? JA NEIN
-
- ➔ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Auswertungen verwendet werden können. JA NEIN

Persönliche Daten

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

GEWICHT [kg]

GRÖSSE [cm]

Zusatzfragen für Frauen

- ➔ Sind Sie schwanger? JA NEIN
- ➔ Stillen Sie zurzeit? JA NEIN

Ich bestätige, die Informationen gelesen und verstanden zu haben inklusive der gewissenhaften Beantwortung der gestellten Fragen und ich bin mit der Durchführung des MRI einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung direkt an die Versicherung geschickt und bei RNR digital aufbewahrt wird.

➔ Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

➔ **UNTERSCHRIFT PATIENTIN / PATIENT**

DATUM

VISUM MTRA