

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen wird eine Untersuchung mittels eines Magnetresonanztomographen vorgenommen. Die Magnetresonanztomographie (MR) ist ein bildgebendes Verfahren, mit dem das Körperinnere abgebildet werden kann. Für die Untersuchung liegen Sie in einem Gerät, in dem ein zeitlich konstantes Magnetfeld erzeugt wird.

An dieser Stelle möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung und eventuelle Risiken aufklären.

Ablauf

- Die Untersuchung dauert in der Regel etwa 30-60 Minuten.
- Es ist wichtig, dass Sie während der Untersuchung möglichst ruhig liegen. Sie können bei allfällig auftretendem Unwohlsein jederzeit mit dem Personal kommunizieren.
- Falls notwendig wird Ihnen ein Kontrastmittel in die Vene verabreicht.
- Während der Untersuchung treten laute Klopfgeräusche auf. Dies ist normal. Um Ihr Gehör zu schützen, erhalten Sie von uns vorgängig einen Gehörschutz.

Verhalten nach der Untersuchung

Nach der Untersuchung können Sie Ihre üblichen Aktivitäten wieder aufnehmen.

Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten haben, darf für eine Zeitdauer von 12 Stunden weder ein Fahrzeug gelenkt, noch eine gefährliche Maschine bedient werden.

Falls Sie am Tag nach der Untersuchung et was Ungewöhnliches feststellen, kontaktieren Sie uns bitte umgehend.

Wichtig

Aufgrund des sehr starken Magnetfeldes dürfen keinerlei Gegenstände oder Geräte, die aus Metall sind oder Metall enthalten könnten, oder die empfindlich auf magnetische Einwirkung reagieren, mit in den Untersuchungsraum genommen werden. Legen Sie solche Gegenstände und Geräte (z.B. Mobiltelefone, Münzen, Bank- und Kreditkarten, Kugelschreiber, Schlüssel, Haarspangen, Uhren, Schmuck, Brillen, Gürtel, Hörgeräte, Funkrufempfänger) unbedingt vorher ab!

Achtung: der Magnet ist immer an!

Betreten Sie den Untersuchungsraum nur nach Aufforderung durch das Personal!

Risiken

Die MR ist mit keiner Strahlenbelastung verbunden und birgt daher nach aktuellem Wissensstand keine schädlichen Nebenwirkungen. Falls bei Ihnen ein Kontrastmittel verwendet werden muss, kann es in seltenen Fällen zu einer allergischen Reaktion kommen. Um diesem Risiko und allfälligen weiteren Kontraindikationen vorzubeugen, bitten wir Sie um Beantwortung die Sicherheitsfragebogen.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Name : _____	Geburtsdatum : <input style="width: 100%;" type="text" value=" / /"/>
Vorname: _____	Gewicht : <input style="width: 80%;" type="text"/> kg
	Grösse : <input style="width: 80%;" type="text"/> cm

	JA	NEIN
Haben Sie schon einmal eine Magnet-Resonanz Untersuchung (MRI) gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder einen Neurostimulator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Insulinpumpe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie am Herzen operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen ein chirurgischer Eingriff am Gehirn vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Implantate, Prothesen, Herzklappe, Stents oder Clips nach einem chirurgischen Eingriff, Spirale, Piercing, falsche Wimpern • Metallsplitter (besonders in den Augen) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Allergien oder Asthma? Wenn ja welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Permanent-Make-up, haben Sie Tätowierungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnprothesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Transdermale Pflaster (z.B. NICOTINELL®, SCOPODERM® TTS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Glukose Messsystem (z.B. FreeStyle Libre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Platzangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon mal operiert? Wenn ja, was wurde operiert: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann?	<input style="width: 100%;" type="text" value=" / /"/>

Für Frauen :

Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/weitere Informationen? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information der Untersuchung gelesen habe und diesen Fragebogen verstanden und richtig beantwortet habe, und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass Affidea bei Bedarf frühere Berichte oder Untersuchungsergebnisse anfordern kann, um sich ein besseres Bild von meinem Fall machen zu können.

Unterschrift des Patienten: _____ Datum :