

MRI-Fragebogen

Die Magnetresonanztomographie / MRT/ MRI arbeitet mit einem starken Magnetfeld und Radiowellen (keine Röntgenstrahlen!). In Abhängigkeit von der Fragestellung ist evtl. die Gabe eines Kontrastmittels notwendig, das in eine Armvene injiziert wird. Auf dieses Kontrastmittel gibt es nach heutigen Erkenntnissen nur sehr selten Unverträglichkeitsreaktionen.

Wegen des starken Magnetfeldes sind strenge Sicherheitsmassnahmen zu beachten.

Die Untersuchung ist bei Patienten mit Herzschrittmacher nicht möglich!

Bitte lassen Sie alle metallhaltigen und magnetisch-codierten Gegenstände in der Umkleidekabine.

Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.

Im Sinn einer Sicherheitskontrolle und um die Untersuchung korrekt durchführen zu können, möchten wir Sie daher bitten, die nachstehenden Fragen zu beantworten:

Name _____ Vorname _____ Geb.Dat. _____

- Körpergewicht _____ kg Körpergrösse _____ cm

- **Je nach Fragestellung ist die Kontrastmittelgabe für eine optimale Untersuchung erforderlich.**
Sind Sie mit der intravenösen Gabe eines Kontrastmittels einverstanden? Ja Nein

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? Ja Nein

- Haben Sie Metallteile im Körper (z.B. künstliches Hüftgelenk, Gefässclip, Metallsplitter)
Wenn ja, was und seit wann? _____ Ja Nein

- Tragen Sie einen Neurostimulator (elektr. Nervenstimulator bei chronischen Schmerzpatienten), oder eine Medikamentenpumpe? Ja Nein

- Tragen Sie sonstige Implantate (Zahnimplantat, Ohrimplantat, usw.)?
Wenn ja, wo? _____ Ja Nein

- Hatten Sie jemals eine Metallsplitterverletzung im Auge? Ja Nein

- Wurden Sie jemals am Herzen oder am Kopf operiert?
Wenn ja, wann? _____ Ja Nein

- Wurde bei Ihnen bereits früher eine Magnetresonanztomographie (MRI) durchgeführt?
Wenn ja von was und wo? _____ Ja Nein

- Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? Ja Nein

- Für Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Einverständniserklärung

Ich habe keine weiteren Fragen. Die Befundung der Aufnahmen kann ggf. auch durch ärztliches Personal der METARAD AG erfolgen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sämtliche dazu benötigten Personen- und Gesundheitsdaten elektronisch an die METARAD AG übermittelt werden und erkläre hierfür die Entbindung vom ärztlichen Berufsgeheimnis.

Baden, Datum

Unterschrift Patient(in) / betreuende Person