

Informationsfragebogen MRT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Kernspintomographie (MRT) überwiesen. Diese Untersuchungsmethode soll etwaige krankhafte Veränderungen für den Arzt sichtbar machen. An Stelle von Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen werden zur bildlichen Darstellung Ihres Körpers Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Das von Ihrem Körper zurückgesendete Echosignal wird von sehr empfindlichen Spulen aufgefangen und einem Computer zugeführt, der hieraus eine bildliche Darstellung Ihres Körpers errechnet.

Damit Sie vorbereitet sind und frei entscheiden können, unterrichten wir Sie in diesem Merkblatt und in einem Aufklärungsgespräch über Art, Bedeutung und etwaige Komplikationen dieser Untersuchung.

Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung wird in einem speziellen Raum durchgeführt. Sie liegen auf einer beweglichen Liege, die sich langsam in eine 70 bis 100 cm grosse Öffnung des Gerätes bewegt. Je nach Ziel und Technik kann die Untersuchung 10 bis 30 Minuten dauern. Während der Messzeiten von jeweils wenigen Minuten sollten Sie ruhig und entspannt liegen. Während dieses Teils der Untersuchung hören Sie zum Teil laute Klopfgeräusche, die auf elektromagnetischen Schaltungen beruhen. Während der Untersuchung werden Sie überwacht. Bei den angewendeten Magnetfeldstärken sind bislang keine schädigenden Wirkungen aufgetreten.

Kontrastmittel

Die Ergebnisse der Untersuchung können durch Gabe von Kontrastmitteln verbessert werden. Reaktionen auf das verabreichte Kontrastmittel sind extrem selten. Wenn Sie diesbezüglich Fragen haben, stellen Sie diese bitte vor der Untersuchung.

VORSICHT!

Metallteile können, wenn sie unkontrolliert in das Magnetfeld gelangen, Unfälle verursachen.

Legen Sie deshalb vor Betreten des Untersuchungsraumes folgende Gegenstände ab, die Sie gefährden oder die Bildqualität beeinflussen können:

- Uhr
- Brieftasche, Geldbörse
- Scheck- und Kreditkarten (werden gelöscht)
- Hörgeräte,
- allen Schmuck, metallhaltige Kleidungsstücke, Kugelschreiber, Schlüssel und alle anderen Metallteile.

(Unterschrift)

Stammdaten
Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:

Rufnummer (vorzugsweise mobil):

Einverständniserklärung
Zur Information über bestehende Termine (umfasst u.a. Bestätigung, Erinnerung, Absage oder neue Verfügbarkeit) auf folgendem Weg:
<input type="checkbox"/> E-Mail (bitte gut lesbar in Druckschrift) an:
<input type="checkbox"/> SMS an:

Wir bitten Sie, folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten

Grösse: **Gewicht, ca.:**

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Tragen Sie ein Hörgerät? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Tragen Sie herausnehmbare Zahnprothesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Sind Sie am Herzen operiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Sind Sie am Kopf operiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sind bei Ihnen Metallsplitterverletzungen bekannt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Gibt es Gründe, deretwegen Sie nicht längere Zeit still liegen können (z.B. Erkältung)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Sind Sie an Gefässen operiert (Gefässclips, Stents, Gefässprothesen)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Haben bzw. tragen Sie Piercings oder Tätowierungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt (Hepatitis, HIV) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Achtung!

Wenn Sie Träger eines Herzschrittmachers oder eines Neurostimulators sind, informieren Sie bitte unbedingt vor der Untersuchung die Assistentin.

Bitte dokumentieren Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Fragen gelesen und genau beantwortet haben!

Zusätzlich zu meinem überweisenden Arzt wünsche ich eine Befundübermittlung an:

Name des Arztes/der Praxis: _____

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

(Datum)

(Unterschrift)

-bitte wenden