

# Patientenfragebogen Magnetresonanztomographie (MRT)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Tragen Sie ein medizinisches Implantat wie:

– Herzschrittmacher/ Defibrillator	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Neurostimulator	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Insulinpumpe/ Medikamentenpumpe	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Cochleaimplantat	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Herzklappe/ Gefässclips	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
– Shuntventil	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

\* Wenn ja, darf die Untersuchung NICHT oder nur beschränkt durchgeführt werden.  
Wir benötigen folgende Angaben: Marke, Hersteller, Operationsdatum, Operateur/Klinik

## Sind in ihrem Körper Metallteile wie:

– Künstliche Gelenke	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Schrauben oder Ähnliches nach einer Operation	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja, bitte Angaben des Materials, des Jahres und Operationsortes

– Sind Sie je von Metallteilen oder -splintern verletzt worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Leiden Sie an Allergien?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Tragen Sie ein Permanent-Make-up, Tätowierungen, Piercing oder Akupunkturnadeln?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## Körper- Gewicht / Grösse

Gewicht \_\_\_\_\_ Grösse \_\_\_\_\_

## Zusatzfragen für Patientinnen

– Sind oder könnten Sie zurzeit schwanger sein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Stillen Sie zurzeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
– Tragen Sie eine Kupferspirale?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Vor dem Eintritt in die Zone mit starkem Magnetfeld müssen Sie obligatorisch folgende Gegenstände ausziehen, bzw. vom Körper entfernen (Schliessfächer sind vorhanden):

Brillen, entfernbare Zahnprothesen, Hörhilfen, Hormon-, Wärme- oder Schmerzpflaster, Schmuck, Uhren, Geld, Kreditkarten, Schreibutensilien und Schlüssel, Taschenmesser, Feuerzeug, metallenthaltende Kleider, Haarspangen, Büstenhalter und andere äussere Stützen (wie Bruchgürtel). Piercings müssen entfernt werden!

Ich bestätige, die Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben, die Patienteninformation (Seite 2) gelesen zu haben und willige in die Untersuchung ein.

Bern \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient (evtl. Arzt): \_\_\_\_\_

Bern \_\_\_\_\_ Unterschrift MTRA/Radiologe: \_\_\_\_\_

# Informationen zur MRT Untersuchung

## Orientierung

---

Die magnetische Resonanz (Kernspintomographie, Magnetresonanztomographie, MRT) ist ein Diagnoseverfahren, das die Herstellung von Bildern des Körpers ermöglicht und in besonderen Anwendungen Zusatzinformationen erbringt. Es werden keine Röntgenstrahlen verwendet; die Information wird durch Anregung mit Hochfrequenzimpulsen (Radiowellen) in einem sehr starken Magnetfeld durch Messung über hochempfindliche Antennen (sogenannte Spulen) gewonnen.

## Untersuchungsablauf

---

Entkleiden Sie sich bitte in der Kabine nach Anweisung der Fachfrau/des Fachmanns (MTRA). Für die Untersuchung werden Sie auf einem Tisch bequem gelagert und dann in den röhrenförmigen Apparat eingefahren. Manchmal ist zur Verbesserung des Bildkontrastes eine Injektion mit Kontrastmittel (Gadolinium) in die Armvene erforderlich. Während der Untersuchung sollten Sie entspannt und ruhig auf dem Untersuchungstisch liegen und sich weder durch die relativ enge Öffnung noch durch ein klopfendes Geräusch stören lassen. Manchmal gelingt es sogar, während der Untersuchung zu schlafen. Sie sind über eine Gegensprechanlage mit uns verbunden und können mit einer Klingel nötigenfalls mit uns Kontakt aufnehmen.

## Vorsichtsmassnahmen und Fragebogen

---

Damit die Untersuchung gefahrlos durchgeführt werden kann, müssen einzelne Vorsichtsmassnahmen getroffen werden. Wir bitten Sie deshalb, die Fragen auf Seite 1 zu beantworten und mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Antwort zu bestätigen.

## Hinweis:

---

Falls Sie für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) benötigen, dürfen Sie nach der Einnahme für ca. 12 Stunden kein Fahrzeug lenken.