

## Patienteninformation Magnetresonanztomographie (MR, MRI, MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Magnetresonanztomographie (MR, MRI, MRT) angemeldet. Bevor die Untersuchung durchgeführt werden kann, bitten wir Sie, die nachfolgenden Ausführungen sorgfältig durchzulesen und den Fragebogen am Schluss zu beantworten.

### Was ist Magnetresonanztomographie?

Die Magnetresonanztomographie ist seit geraumer Zeit ein fester Bestandteil der medizinischen Diagnostik. Mittels Radiofrequenzwellen in einem starken Magnetfeld werden Bilder vom Körperinnern erzeugt. Es wird keine Röntgenstrahlung dazu verwendet.

### Was geschieht während der Untersuchung?



Die Untersuchung wird im Liegen durchgeführt. Die Lagerung erfolgt so bequem wie möglich.

Je nach zu untersuchender Körperregion werden Signalverstärker (so genannte Spulen) auf Ihrem Körper oder um Ihr Gelenk platziert. Danach werden wir Sie langsam in das ringförmige Gerät fahren, so dass **die zu untersuchende Körperregion in der Mitte des Magnetfeldes** gelagert werden kann.

Die Untersuchungszeit liegt je nach Art der Untersuchung zwischen einer halben und einer Stunde.

Lassen Sie sich durch die verschiedenen Klopfgeräusche nicht stören, sie gehören zur normalen Funktionsweise des Gerätes. Es ist wichtig, dass Sie während der Untersuchungsdauer ruhig und entspannt liegen, da jede Bewegung während der Messzeit Störungen im Bild verursacht.

In den Messpausen können Sie sich über eine Gegensprechanlage verständigen. Zusätzlich erhalten Sie eine Klingel. Zur Verbesserung des Bildkontrastes kann vor der Untersuchung die Injektion eines Kontrastmittels in ein Gelenk oder während der Untersuchung in die Armvene erforderlich sein. Das medizinische Fachpersonal wird Sie fortlaufend über die einzelnen Untersuchungsschritte informieren, gerne helfen wir bei Fragen weiter.

### Was geschieht, wenn die MR-Untersuchung beendet ist?

Nach der Untersuchung können Sie Ihren üblichen Tätigkeiten in gewohnter Weise nachgehen. Die Untersuchungsunterlagen werden direkt dem zuweisenden Arzt weitergeleitet, welcher Sie bei Ihrem nächsten Termin informieren wird.

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

**Name:** ..... **Vorname:** .....  
**Geburtsdatum:** ..... **Gewicht:** ..... kg **Grösse** ..... cm

<b>Tragen Sie einen der folgenden Gegenstände in oder auf Ihrem Körper?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Herzschrittmacher / Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenpumpe (Insulinpumpe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo befindet sich diese? .....		
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cochlea Implantat (Hörprothese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnspange / Herausnehmbare Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piercings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätowierungen / Permanent Make-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann: .....		
Medizinische Pflaster (z.B. Nikotin, Nitroderm, Schmerzen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <b>Wurden Sie an der zur untersuchenden Region schon operiert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was: .....		
wann: .....		
 <b>Wurden Sie schon am Herzen operiert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z.B. künstliche Herzklappen, Herzschrittmacher, Stents)		
Wenn ja, was: .....		
wann: .....		
Spital: .....		
 <b>Wurden Sie schon am Kopf operiert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z.B. Gefässprothesen/Stents, Gefässclips, Platinspiralen/Coils)		
Wenn ja, was: .....		
wann: .....		
Spital: .....		
 <b>Befinden sich in Ihrem Körper andere Implantate, Prothesen oder Teile aus Metall?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was: ..... wo: ..... seit wann: .....		
Wenn ja, was: ..... wo: ..... seit wann: .....		
Wenn ja, was: ..... wo: ..... seit wann: .....		
 <b>Befinden sich in Ihren Augen oder in Ihrem Körper Metall- oder Granatsplitter?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was: .....		
wann: .....		

**Medizinische Fragen**

Leiden Sie an einer Nierenfunktionsstörung?

**Nein**

Leiden Sie an Allergien?

Wenn ja, an welchen: .....

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

Wenn ja, welche: .....

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?

**Für Frauen im gebärfähigen Alter**

Tragen Sie eine Spirale?

Wenn ja, welche:

Kupferspirale

Hormonspirale (Mirena)

Sonstige .....

Mit Ausnahme der Hormonspirale (Mirena) muss nach der MR-Untersuchung die Lage der Spirale gynäkologisch überprüft werden (Gewähr der Empfängnisverhütung).

Könnten Sie schwanger sein?

Sind Sie in der Stillzeit?

**WICHTIG !!! Vor dem Betreten des MR-Raumes müssen folgende Gegenstände abgelegt werden:**

**Uhren, Schmuck, Kreditkarten, Hörgerät, Handys, Piercings, Metallgegenstände** (Schlüssel, Taschenmesser, Feuerzeug, Kleingeld, **Haarnadeln**)

Sollten Sie Beruhigungsmittel (Dormicum, Temesta) erhalten haben, beachten Sie bitte danach **während mindestens 8 Stunden** folgende Punkte:

- Unterlassen Sie das Autofahren und Führen von Maschinen
- Unterzeichnen Sie keine wichtigen Dokumente (Verträge etc.)
- Organisieren Sie eine Begleitperson für Ihren Rückweg (auch wenn Sie mit den öffentlichen Verkehrsmitteln angereist sind)

**Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Bilder bei Bedarf konsiliarisch beurteilt werden.**

Wann haben Sie den nächsten Arzttermin? .....

Ich habe die Fragen verstanden und korrekt beantwortet.

Datum: ..... Unterschrift: .....

**Wird vom Fachpersonal ausgefüllt:**

Kreatinin: ..... Clearence: ..... Visum MTRA: .....