

FRAGEBOGEN UND ANLEITUNG DES PATIENTEN VOR DER MR-UNTERSUCHUNG

Nachname und Vorname.....

Geburtsnummer.....

Erforderliche Untersuchung.....

Versicherer Höhe..... cm Gewicht kg Telefonnummer

Sehr geehrte Damen und Herren, während der Untersuchung in unserer Abteilung werden Sie sich in einem starken Magnetfeld befinden und gleichzeitig hochfrequenten elektromagnetischen Impulsen ausgesetzt sein.

WENN SIE EINEN HERZSCHRITTMACHER ODER DEFIBRILLATOR HABEN, DÜRFEN SIE DESHALB UNTER KEINEN UMSTÄNDEN MIT DEM MRI UNTERSUCHT WERDEN!!! NÄHERN SIE SICH NICHT DEM GERÄT!

Der überweisende Arzt bestimmt die Indikation und mögliche Kontraindikation für die MRT-Untersuchung des Patienten.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig aus und kreuzen Sie die richtige Antwort an.

Ich habe **einen Herzschrittmacher/implantierten Defibrillator** **JA NEIN**
(Gerät, das die Herzfunktion beeinflusst)

Ich hatte schon einmal einen Herzschrittmacher implantiert und habe noch **Elektroden** in meinem Körper **JA NEIN**

Ich habe eine implantierte **Infusionspumpe** (z. B. für die Insulindosierung) **JA NEIN**

Ich habe einen implantierten **Vitalparameter-Monitor oder Neurostimulator** **JA NEIN**

Ich habe **Metallclips nach einer Gehirnoperation, Blutgefäße** (Clips, Embolisationsspiralen) **JA NEIN**

Ich habe **ein Cochlea-Implantat (Ohr)** **JA NEIN**

Ich habe **Metall-/Elektronik-/Titanimplantate** **JA NEIN**
(Gelenkersatz, Metallschienen oder Schrauben)

Ich habe **ein Brustbeinimplantat** zur Behandlung einer eingesunkenen Brust **JA NEIN**

Ich habe implantierte **Herzklappen** (mechanisch oder biologisch) **JA NEIN**

Ich habe **metallische Fremdkörper im Auge oder an anderer Stelle im Körper** (Splitter, Splitter) **JA NEIN**

Ich habe **Stents** (Blutgefäßverstärkungen) oder **Venenfilter** in meinem Körper **JA NEIN**

Ich habe **eine schwere Nierenerkrankung** (Dialyse) **JA NEIN**

Ich habe eine **Leber- oder Nierentransplantation** hinter mir **JA NEIN**

Ich bin **neurochirurgisch oder anderweitig operiert worden** (welche Art, wann) **JA NEIN**

Ich habe einen Blasenstimulator **JA NEIN**

Ich habe ein Piercing, eine Tätowierung oder Permanent Make-up **JA NEIN**

Ich habe Zahnersatz, eine Brücke oder eine Zahnspange **JA NEIN**

Ich habe eine **Allergie** gegen Medikamente, Desinfektionsmittel oder Kontrastmittel **JA NEIN**

Ich leide an **Klaustrophobie** (Angst vor geschlossenen Räumen) **JA NEIN**

Ich bin **schwanger** (wenn JA, Woche/Monat angeben) oder **stille** **JA NEIN**

Wenn Sie eine der Optionen mit **JA** angekreuzt haben, alarmieren Sie sofort das Personal der MRT-Abteilung!!!

METALLTEILE KÖNNEN Verletzungen oder Schäden am Gerät verursachen!

Alternativen der Untersuchung: Ultraschall, Röntgen, Computertomographie, Szintigraphie, PET/CT

Bevor Sie den Behandlungsraum betreten, lassen Sie bitte folgende Gegenstände in der Kabine zurück: Uhren, Schlüssel, kleine Metallmünzen, Schmuck, Haarnadeln aus Metall, Gürtel, Hörgeräte, Brillen, Kontaktlinsen, Zahnersatz, Bankkarten mit Magnetstreifen, Mobiltelefone, Halteschienen, Prothesen, usw.!!!

Die Untersuchung dauert 20-50 Minuten, wird in mehreren Serien durchgeführt und ist nicht schmerzhaft. Während der Untersuchung werden Sie ein lautes Klatschgeräusch hören, das zur Untersuchung gehört. Sie können Ohrstöpsel oder Kopfhörer verwenden, um den Lärm auszuschalten. Während der Untersuchung können Sie eine leichte Wärme in dem untersuchten Körperbereich spüren. Wenn Sie Übelkeit oder Unwohlsein verspüren, können Sie sich mit Hilfe der Signalglocke, die Sie in der Hand halten, sofort an das MRT-Personal wenden. Während der Untersuchung müssen Sie still liegen und dürfen sich nicht bewegen!

Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ich erkläre, dass ich die Anweisungen verstanden habe und dass ich **KEINEN KARDIOSTIMULATOR besitze.**

Ich erkläre, dass ich die Möglichkeit hatte, zusätzliche Fragen zu stellen, die zufriedenstellend beantwortet wurden.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

In Prag am

.....
UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN (oder seines gesetzlichen Vertreters - Beziehung zum Patienten)

.....
Unterschrift des Mitarbeiters der MR-Abteilung, der die Daten überprüft hat