



Klinik Linde AG Biel
Institut für Radiologie
Blumenrain 105
2503 Biel-Bienne

Information und Fragebogen für Magnetresonanz-Untersuchung (MR-Untersuchung)

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____

Orientierung:

Die Magnetresonanztomografie (MR) ist ein Diagnoseverfahren, welches die Herstellung von Bildern des Körpers (Kernspintomographie, Magnetresonanz-Tomographie, MRI) 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 und durch Messung über hochempfindliche Antennen (sogenannte Spulen) gewonnen.

Was geschieht mit Ihnen im Untersuchungsablauf:

Entkleiden Sie sich bitte in der Kabine nach Anweisung der Fachleute für Radiologie. Für die Untersuchung werden Sie auf einem Tisch bequem gelagert und dann in den röhren-förmigen Apparat gefahren. Manchmal ist zur Verbesserung des Bildkontrastes eine Injektion 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 das klopfende Geräusch stören lassen. Manchmal gelingt es sogar, während der Untersuchung zu schlafen.

Sie sind über eine Gegensprechanlage jederzeit mit uns verbunden und können deshalb nötigenfalls mit uns Kontakt aufnehmen. Auch wir können über die Gegensprechanlage den Kontakt zu Ihnen aufrecht erhalten.

Vorsichtsmassnahmen und Fragebogen:

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 Antwort zu bestätigen.

Fragebogen**Bitte Zutreffendes mit ankreuzen**Sind Sie zur Zeit schwanger (für Frauen) Ja Nein Haben Sie je an einem Ort gearbeitet, an dem Sie mit Metallsplintern in Kontakt kommen konnten? Ja Nein Haben Sie früher eine Magnetresonanz-Untersuchung (MR-Untersuchung) gehabt? Ja Nein Wurden Sie je operiert? Ja Nein Wenn ja, an welchem Körperteil? Welche Operation?
_____Ist Ihnen bekannt, dass irgendwo in Ihrem Körper metallische Fremdkörper vorliegen? Ja Nein Wenn ja, bitte Angabe des Materials und des Grundes
_____**Ist Ihnen ein Herzschrittmacher, eine Insulinpumpe, ein Nervenstimulator oder eine ähnliche medizinische Hilfe eingepflanzt worden?** Ja Nein Wenn ja, bitte genaue Angaben machen:
_____Leiden Sie unter einer Nierenfunktionsstörung Ja Nein Leiden Sie an Allergien Ja Nein
Wenn ja, bitte genaue Angaben machen:
_____**Vor dem Eintritt in die Zone mit starkem Magnetfeld müssen Sie obligatorisch folgende Gegenstände ausziehen bzw. vom Körper entfernen:**

Brillen, Hörhilfen, Schmuck, Uhren, Geldbeutel, Kleidungsstücke mit Reissverschluss, Kreditkarten, Schlüssel, Haarspangen, Stützgürtel mit Metall, Büstenhalter.

Ich habe die Orientierung und die Fragen verstanden und korrekt beantwortet.**Ort / Datum:** _____ **Unterschrift des Patienten:** _____**Unterschrift MTRA:** _____