

## Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient

Das zu untersuchende Körperteil muss in der MRT-Röhre über eine bestimmte Zeit (15 – 45 Minuten) platziert werden. Dabei darf das Körperteil nicht bewegt werden! Während der Bilderzeugung ist ein lautes Klopfgeräusch hörbar, wofür Sie Ohrstöpsel oder einen Kopfhörer mit Musik erhalten. Je nach Fragestellung kann eine Kontrastmittelgabe via Venenzugang notwendig sein.

Während der Untersuchung dürfen spezielle Metalle, Geräte oder Chipkarten nicht in oder an Ihrem Körper getragen werden. Diese könnten zerstört, verschoben oder stark erhitzt werden.

Bei **Platzangst** besteht die Möglichkeit, Ihnen ein Beruhigungsmittel via Nasenspray zu verabreichen. Nach der Medikamentengabe dürfen Sie allerdings für **mindestens 8 Stunden nicht Auto fahren**.

**Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne jederzeit weiter.**

## Persönliche Angaben

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

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_ Grösse (m): \_\_\_\_\_

## Bitte beantworten Sie folgende Fragen

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| ⇒ Herzschrittmacher / Defibrillator?<br>künstliche Herzklappe?                        | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein | ⇒ Leiden Sie unter Platzangst?  | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein |
| ⇒ Neurostimulator / Medikamentenpumpe /<br>Diabetes-Blutzuckersensor?                 | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein | ⇒ Leiden Sie unter einer<br>Nierenfunktionsstörung?   | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein |
| ⇒ Herausnehmbare Zahnprothese /<br>Hörgeräte?   | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein | ⇒ Haben Sie Allergien?<br>Welche? _____   | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein |
| ⇒ Implantate (z.B. Schrauben / Innenohr,<br>etc.)/Metallsplitter? Schussverletzungen? | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein | ⇒ Dürfen wir Ihnen bei Bedarf ein<br>Kontrastmittel über einen<br>Venenzugang verabreichen? | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein |
| ⇒ Tattoo / Permanent-Make-Up / Piercings?   | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein | ⇒ Für Frauen: Sind oder könnten<br>Sie schwanger sein? Stillen Sie?                         | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein |

## Einverständniserklärung

Ich bestätige, die Informationen gelesen, verstanden und die Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben und ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung direkt an die Versicherung geschickt wird (Patientenkopie per Mail, wenn vorhanden, ansonsten per Post) und die Untersuchungsergebnisse nach gesetzlichen Vorgaben an den Zuweiser versendet und im MRZ elektronisch (RIS, Zuweiser- und Patientenportal) aufbewahrt werden. Ich bin damit einverstanden, die Logindaten für den Zugriff auf meine Bilder zu erhalten. Bei Verlust der Logindaten-Karte trage ich als Patient/in die Verantwortung bezüglich des Datenschutzes.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_ Visum MTRA: \_\_\_\_\_