



Vorbereitung MRI Untersuchung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Damit die MRI-Untersuchung problemlos durchgeführt werden kann, sind einzelne Massnahmen zu treffen. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten und mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben zu bestätigen.

Je nach Untersuchung kann es sein, dass eine Kontrastmittelgabe notwendig ist. Diese Kontrastmittel sind sehr gut verträglich. Da es in seltenen Fällen jedoch zu allergischen Reaktionen kommen kann und die Kontrastmittel bei sehr stark eingeschränkter Nierenfunktion nicht angewendet werden dürfen, sollten Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt informieren, falls Sie unter einer Nierenfunktionsstörung leiden.

Grösse:cm

Gewicht:kg

1. Wurde bei Ihnen schon früher eine Magnetresonanztomographie (MRI / MRT / MR / Kernspintomographie) durchgeführt? Ja Nein

2. Tragen Sie technische bzw. medizinische Hilfsmittel / Implantate im oder am Körper?

- Herzschrittmacher / Defibrillator / Event-Recorder Ja Nein
- Herzklappe Ja Nein
- Cochleaimplantat (Hörprothese) Ja Nein
- Shunt Ja Nein

Wenn Shunt – wann und wo findet der Kontrolltermin nach dem MRI statt?

.....

- Neurostimulator Ja Nein
- Schmerzpumpe Ja Nein
- Metallteile (Gelenkprothese, Stent, Platten, Schrauben, Clip nach Operation) oder Metallsplittersverletzung Ja Nein

Wenn JA: welche?Seit wann?.....

Wenn JA – Durchführung wo? (Spital / Institut / Praxis?). Bitte Kopie **Implantatausweis** oder **Operationsbericht** vorzeigen / mitbringen / senden).

Wo? (Spital / Institut / Praxis)Wann?

3. Wurden bei Ihnen weitere Operationen durchgeführt? Ja Nein

Wenn JA

Was wurde operiert?Wann?

Wo (Spital / Institut / Praxis) wurden Sie operiert?

4. Haben Sie **aktuell** ein Pflaster mit Metallfolie? Ja Nein

5. Ist bei Ihnen ein Nierenleiden, eine Nierenerkrankung oder eine Nierenfunktionsstörung bekannt? Ja Nein

Bitte Rückseite beachten!

6. Ist bei Ihnen eine Diabeteserkrankung (Zuckererkrankung) bekannt? Ja Nein
 - Tragen Sie einen Glucosesensor? Ja Nein
7. Besteht eine bekannte Kontrastmittelunverträglichkeit? Ja Nein
8. Haben Sie eine Tätowierung, die jünger als 6 Wochen ist? Ja Nein
 - **Wenn JA** – Wie alt ist das Tattoo?
 - In welchem Land wurden Sie tätowiert?
9. Tragen Sie ein Piercing? Ja Nein
Dieses sollten Sie vor der Untersuchung herausnehmen.
10. Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein
Dieses sollten Sie vor der Untersuchung herausnehmen.
11. Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese? Ja Nein
Diese sollten Sie vor der Untersuchung herausnehmen.
12. Haben Sie Platzangst (Klaustrophobie)? Ja Nein
 Falls Sie ein Beruhigungsmittel wünschen, dürfen Sie hinterher **nicht Auto fahren.**
13. **Für Frauen:** Sind Sie zurzeit schwanger oder stillen Sie? Ja Nein

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich habe verstanden, dass Falschangaben zu gesundheitlichen Risiken führen können und dass das Kantonsspital Baden nicht für Schäden, die aus den Falschangaben resultieren, haftet. **Ich stimme der geplanten Untersuchung zu.**

Name, Vorname: Ort, Datum:

Unterschrift Patientin/Patient.....

.....
 Name, Vorname dipl. Radiologiefachperson Visum dipl. Radiologiefachperson

Wichtig: Bitte informieren Sie uns jederzeit über Unannehmlichkeiten **und scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen.**

Falls eine der vorangehenden Fragen (ausgenommen die erste Frage) mit „Ja“ angekreuzt wurde, wird **die zuständige Radiologin/der zuständige Radiologe** die untenstehenden Fragen/Angaben ausfüllen.

Es hat ein ärztliches Gespräch mit der Patientin/dem Patienten stattgefunden Ja Nein

Folgende Abklärungen wurden getroffen:

Bemerkungen:

Die MRI-Untersuchung kann durchgeführt werden Ja Nein

Kontrastmittel kann verabreicht werden Ja Nein

Ort, Datum:

.....
 Name, Vorname Ärztin/Arzt Visum Ärztin/Arzt

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der dipl. Radiologiefachperson zu übergeben.