## Sicherheitsfragen und Einverständnis für Magnetresonanz-Untersuchung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vorname und Name** | **Geburtsdatum**  (Tag/Monat/Jahr) | **Grösse** (cm) | **Gewicht** (kg) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitte beantworten Sie folgende Fragen (Zutreffendes ankreuzen).** | |  |
| Tragen Sie ein elektronisches Gerät?  (Z. B. Schrittmacher, Neurostimulator, Insulinpumpe oder eine andere Pumpe, Hörgerät?) | Ja | Nein |
| Haben Sie Implantate oder Prothesen?  (Z. B. Zahnprothese, Gelenkprothese, Mittelohr- oder Cochlea-implantat, Herzklappe?) | Ja | Nein |
| Sind Sie je von Metallteilen oder -splittern verletzt worden, z. B. am Auge?  (Z. B. bei Metallarbeiten, durch Schusswunden oder Granatsplitter?) | Ja | Nein |
| Haben Sie Metallteile im oder am Körper, die Sie nicht ablegen können?  (Z. B. Schrittmacher-Elektrode, Gefässclip, Zahnspange, Piercing, Medikamentenpflaster?) | Ja | Nein |
| Sind Sie je operiert worden, z. B. am Kopf oder am Herz? | Ja | Nein |
| Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder sind Sie dialysepflichtig? | Ja | Nein |
| Reagierten Sie je allergisch auf ein Medikament oder ein Kontrastmittel?  Wenn ja auf welches: | Ja | Nein |
| Leiden Sie an Asthma oder an einer chronischen Lungenerkrankung? | Ja | Nein |
| Leiden Sie an einem Glaukom (erhöhter Augeninnendruck, „grüner Star“)? | Ja | Nein |
| Haben Sie eine Tätowierung (Tattoo) oder ein Permanent-Makeup? | Ja | Nein |
| Können Sie nicht für längere Zeit still liegen?  (Z. B. wegen Schmerzen, Zittern, Niesen oder Husten?) | Ja | Nein |

**Für Frauen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Könnten Sie zurzeit schwanger sein? | Ja | Nein |
| Sind Sie zurzeit am Stillen? | Ja | Nein |

Bitte achten Sie darauf, dass Sie vor dem Betreten des Untersuchungsraums Mobiltelefon, Uhr, Schmuck und Brille, Kredit- und Bankkarten mit Magnetstreifen (werden gelöscht) und alle Gegenstände mit Metallteilen (z.B. Haarnadeln, Münzen, Perücke, Schlüsselbund, oder Kugelschreiber) abgelegt haben.

Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, sollten Sie in den nächsten 12 Stunden kein Fahrzeug steuern oder gefährliche Maschinen bedienen.

Ich habe den Inhalt dieses Formulars gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen dazu und zur ge­plan­ten MR-Untersuchung zu stellen. Ich bestätige, dass die angekreuzten Antworten nach meinem besten Wissen und Gewissen korrekt sind. Ich stimme der Durchführung der geplanten MR-Untersuchung zu.

Ort, DatumUnterschrift zu untersuchen  angehörig  Personal

Informationen geprüft von:

Name und Unterschrift

Bemerkungen: