

Fragebogen Magnetresonanztomographie- Untersuchung

- Sede ORBV Bellinzona Tel. 091 811 86 54/55
- Sede OBV Mendrisio Tel. 091 811 32 54
- Sede ODL Locarno Tel. 091 811 46 28
- Sede ORL Lugano Tel. 091 811 60 91

Vorname:
Name:
Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden sich einer Untersuchung mittels Magnetresonanz unterziehen.

Zu diesem Zweck sind Sie gebeten, sich auszuziehen und sämtliche entfernbar Gegenstände abzulegen, insbesondere Zahnprothesen, Hörgerät, Haarspangen, Brille, Kontaktlinsen, Schmuck, Uhr, Brieftasche und Münzen, Kreditkarten, Schlüssel, Gürtel, Kleidungsstücke mit Metallteilen, Piercing usw.

Um eine gute Qualität der Ergebnisse zu erreichen, sollten Sie bewegungslos auf dem Untersuchungsbett liegen.

Sie werden ein rhythmisches Geräusch vernehmen, welches vom Gerät in Funktion ausgeht.

Sie bleiben in ständigem Sicht- und Hörkontakt mit dem Personal.

Die Untersuchung dauert zwischen 20 und 60 Minuten; abhängig von der zu untersuchenden Körperregion. Manchmal ist die intravenöse Verabreichung eines Kontrastmittels nötig.

Bitte beantworten Sie nun die Fragen auf der Rückseite dieses Blattes.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Questo modulo sostituisce IIMSI_M-RX-017_TE emesso il 26.03.2020 e revisionato il 01.01.2026

Kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an:

Wurde bei Ihnen schon eine Magnetresonanz durchgeführt? Wenn ja, in welchem Institut?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Tragen Sie körperfremde Objekte im oder am Körper?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Tragen oder trugen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Herzklappen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Herz- oder Gefässstents oder -bypass (OP-Jahr	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Gefässprothese in der Brust- oder Bauchschlagader	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Tragen oder trugen Sie elektrische Nervenstimulatoren	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Hirnclips (OP-Jahr	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Shunt/Klappen zur Liquor-Drainage	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Insulinpumpe, Infusionsgerät und/oder Sensoren für Diabetes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Orthopädische Prothesen, Platten, chirurgische Clips/Klammern	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Andere medizinische Implantate	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Metallfremdkörper oder –Splitter jeglicher Art	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Zahnprothese oder Zahnspangen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Hörgerät	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Hörimplantat (Kochlea-Implantat im Innenohr)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Kontaktlinsen, Augenprothese oder Augen-Implantate	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Piercing, Tätowierung, permanentes Make-up, Medizinische Pflaster	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hatten Sie chirurgische Operationen? Welche?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Im Besonderen, Eingriffe am Herzen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hatten oder haben Sie Nierenprobleme?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie an Diabetes oder grünem Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Allergien? Wenn ja welche?.....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie an Klaustrophobie (Platzangst)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Körpergewicht in kg Körpergrösse in cm:		
Für Frauen:		
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Datum der letzten Menstruation		
Haben Sie Brustimplantate?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Tragen Sie die Spirale?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Ich bestätige hiermit, die Informationen gelesen und die Fragen präzise beantwortet zu haben. Ich hatte Gelegenheit, dem Personal Fragen zur Magnetresonanz zu stellen und gebe mein Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung.

Datum:

Unterschrift **Patient/in** (oder
gesetzlicher/therapeutischer Vertreter/in):
.....

Data:

Nome e cognome o timbro del **medico
che ha compilato il questionario***:
.....

Data:

Nome e cognome del **Tecnico di
Radiologia**:
.....

* Solo nel caso in cui il paziente o il suo rappresentante legale/terapeutico non abbiano potuto compilare personalmente il questionario. Il medico ha compilato il questionario sulla base delle informazioni disponibili nella cartella clinica del paziente e delle informazioni fornite dal paziente (o rappresentante legale/terapeutico).