

---

# Fragebogen Magnetresonanztomographie- Untersuchung – Patienten Centromedico Lugano

## Modulo per esame di Risonanza Magnetica – pazienti Centromedico Lugano

---

**Istituto Imaging della Svizzera Italiana  
Clinica di Radiologia EOC**  
Sede Ospedale Regionale di Lugano  
Via Tesserete 46  
6900 Lugano  
Tel. +41 (0)91 811 60 91  
www.eoc.ch

**Centromedico Lugano**  
Palazzo della Stazione  
6900 Lugano  
Tel. +41 (0)91 640 26 26  
Fax +41 (0)91 640 26 77  
lugano@centromedico.ch  
www.centromedico.ch

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 entfernbare 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.

Wir informieren Sie darüber, dass die Koordination, Durchführung und Auswertung Ihrer MRT-Untersuchung in der Verantwortung der Radiologie-Klinik EOC liegt.

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

**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: .....		
<b>Für Frauen:</b>		
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**:

.....