

## Информация для пациентов, проходящих МРТ (Магнитно-резонансную томографию)

С помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) можно получить послойные изображения внутренних структур организма без использования рентгеновских лучей.

Под воздействием магнитов из тканей поступают электрические сигналы, которые предоставляют информацию для изображений. Согласно современным данным МРТ-исследование является безвредным.

Вы пройдете исследование в одном из самых современных магнитно-резонансных томографов. Данный аппарат пользуется особой популярностью по причине своей открытой конструкции.

### Проведение исследования

Во время исследования слышны громкие шумы, которые возникают в результате включения отдельных катушек.

Из-за магнитного поля важно сохранять неподвижность во время исследования. Даже малейшие движения приводят к размытости изображения.

При возникновении каких-либо проблем Вы можете в любое время связаться с нами при помощи встроенной "тревожной" кнопки.

- При многих исследованиях МРТ необходимо использование контрастного вещества. Оно очень хорошо переносится и может применяться даже при наличии аллергий на йод. Контрастное вещество вводится через вену руки.

Пожалуйста, удостоверьтесь в том, что перед исследованием Вы оставили следующие предметы в примерочной:

- Часы и украшения
- Пластиковые карты с магнитной полоской
- Металлические предметы, такие как ножи, зажигалки, монеты, ключи, шпильки для волос и т. д.

Имя Фамилия

Дата рождения

Рост

Примерный вес

Телефонный номер

Поставьте, пожалуйста, "крестик" в соответствующем окошке

1. Носите / носили ли Вы кардиостимулятор или нейростимулятор?  да  нет
2. Носите ли Вы слуховой аппарат? (Вам необходимо снять его на время исследования)  да  нет
3. Носите ли Вы съемные зубные протезы? (Вам необходимо снять их на время исследования)  
Если да, крепятся ли зубные протезы на магните? †  да  нет
4. Переносили ли Вы операции на сердце или голове?  да  нет
5. Находятся ли в Вашем организме металлические предметы? (Ранение металлическими осколками, огнестрельные раны, осколки от разрыва гранаты, протезы или зажимы после операций)  да  нет
6. Есть ли у Вас заболевание почек?  да  нет
7. Есть ли у Вас аллергии?  да  нет  
Если да, какие?: \_\_\_\_\_
8. Вводили ли Вам когда-либо контрастное вещество (с содержанием гадолиния)?  да  нет  
Если да, хорошо ли Вы его перенесли?  да  нет
9. Согласны ли Вы на введение контрастного вещества?  да  нет
10. Для женщин: Беременны ли Вы?  да  нет  
Если да, на какой неделе беременности? \_\_\_\_\_ неделя
11. Кормите ли Вы грудью?  да  нет

Если у Вас еще остались вопросы, пожалуйста, обратитесь к нам.

Я подтверждаю, что я достоверно ответил на выше указанные вопросы.

#### Заявление о согласии

- Я даю свое согласие, до момента письменного аннулирования, на хранение моих данных вкл. медицинскую информацию в клинике CityPraxen<sup>BERLIN</sup> в соответствии с правовыми требованиями в целях их применения в пределах CityPraxen<sup>BERLIN</sup>, а также на доступ врачей, работающих в CityPraxen<sup>BERLIN</sup>, к этим данным.
- Сообщения вкл. медицинские заключения мне можно присылать по электронной почте.

Дата / подпись (пациента, попечителя\*)

\* Если подписывает только один из родителей, то своей подписью он заверит, что ему одному принадлежит право родительской опеки или же, что он действует в согласии с другим родителем.

Данный документ на немецком языке доступен по следующей ссылке:

<http://www.citypraxen.de/fuer-patienten/formulare/>