

---

Name, first name

---

Date of Birth

---

Health Insurance Company

---

Phone number

## **Information with regards to your MRI Scan**

Dear patient,

**You have been advised by your doctor to have an MRI scan. This examination does not use x-rays but is based on magnetic field. According to our knowledge there are no known harmful substances being released into your body.**

**Before the examination, you should remove all magnetic, electric and metal devices and leave them in the changing room. The examination will take 20 -30 minutes. During the examination you will hear banging noises that are not harmful. We will provide you with ear protectors. Also, you will be connected to us by a loudspeaker system.**

**In some cases, the injection/infusion of contrast agents is necessary. Contrast agents are usually well tolerated. Allergic reactions are very unusual.**

**The evaluation of the examination usually takes about 30 minutes, sometimes longer.**

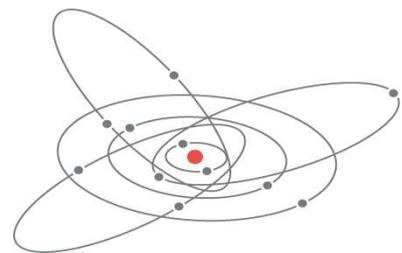
**If you have any further questions, please let us know.**

### **The team**

#### **Informationen zur Kernspintomographie**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Kernspintomographie durchgeführt werden. Bei dieser Untersuchung werden keine Röntgenstrahlen, sondern Magnetfelder eingesetzt. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist keine schädigende Wirkung in Ihrem Körper zu erwarten.



Vor der Untersuchung sollte Sie alle magnetischen, elektronischen und metallischen Gegenstände ablegen und in der Umkleidekabine lassen.

Die Untersuchung dauert etwas 20 bis 30 Minuten.

Während der Untersuchung hören Sie Klopfgeräusche von denen keine Gefahr ausgeht. Sie erhalten von uns einen Gehörschutz. Zusätzlich bekommen Sie eine Verbindung über eine Lautsprecheranlage.

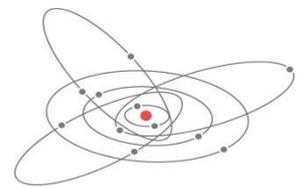
In vielen Fällen kann eine Kontrastmittelgabe über eine Vene und/oder als Getränk nötig sein. Die Kontrastmittel sind in der Regel sehr gut verträglich. Allergische Reaktionen treten in sehr wenigen Fällen auf.

Die Auswertung der Untersuchung dauert meist etwas 30 Minuten, in Einzelfällen aber auch länger.

Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns !

•  
Sprechstunden: Mo.-Do. 8-13 Uhr und 15-17 Uhr, Freitag 8-13 Uhr  
und nach telefonischer Vereinbarung

**(Please answer the following questions and sign the consent.)**



**Do you have a pacemaker?**

Tragen Sie einen Herzschrittmachen?

Yes  No

**Do you have any metal implants in your body?**

**(E.g. drug pumps, heart valves, shards, joint prothesis, hearing aids, stents)**

Befinden sich Metallimplantate in Ihrem Körper?

(z.B. Medikamentenpumpen, Herzklappen, Splitter, Gelenkprothesen, Hörgeräte, Stents)

Yes  No

**Are you suffering from a kidney disorder?**

Haben Sie eine Funktionsstörung der Nieren?

Sind Sie dialysepflichtig?

Yes  No

**Are you on dialysis?**

Sind Sie dialysepflichtig?

Yes  No

**Have you had a heart or brain surgery?**

Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden ?

Yes  No

**Have you had previously reactions to a contrast agent?**

Sind bei früheren Untersuchungen Reaktionen auf Kontrastmittel aufgetreten?

Yes  No

**Could you be pregnant right now?**

Könnten Sie momentan Schwanger sein?

Yes  No

**Are you breast feeding at the moment?**

Stillen Sie derzeit Ihr Kind?

(

**Do you have a contraceptive coil?**

**If yes, please ask your gynaecologist after this examination to check the coil!**

Tragen Sie eine Spirale?

(Wenn ja, lassen Sie diese bitte nach der Untersuchung von Ihrem Frauenarzt kontrollieren

Yes  No

Yes  No

**Do you have any contagious diseases (e.g. Hepatitis, TBC, HIV)?**

Haben Sie ansteckende Krankheiten, z.B. HIV; Hepatitis, TBC, AIDS

Yes  No

**Have you had a Magnetic resonance imaging before?**

Hatten Sie schon eine Kernspintomographie?

Yes  No

**How much do you roughly weigh:**

Ihr Körpergewicht beträgt ca.:

\_\_\_\_\_ kg

**You will either get a paper print out or a CD for your doctor.**

**Should you wish an additional CD, we would have to apply a charge of 5 €.**

Yes  No

**Consent / Einwilligung**

**I consent to the examination**

Mit der Untersuchung bin ich einverstanden

Yes  No

**I consent to have a injection of contrast agent if needed**

Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden

Yes  No

\_\_\_\_\_  
**Date / Datum**

\_\_\_\_\_  
**Signature / Unterschrift**