## Zutritt MR-Magnetraum: Risikobeurteilung

**Personalien**

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname und Name |  |
| Geburtsdatum |  |
| Abteilung, Telefon |  |

Es gibt Umstände, unter denen Sie sich einem MR-Magneten nicht nähern dürfen.

Bitte prüfen Sie deshalb ob eine der folgenden Aussagen auf Sie zutrifft:

1. **Ich trage ein elektronisches Gerät**.

 (Z. B. Schrittmacher, Neurostimulator, Schmerz-, Insulinpumpe, oder Hörgerät.)

1. **Ich trage einen Fremdkörper, z.B. von einer Operation am Kopf oder am Herzen**.

(Z. B. Gehör- oder Zahnimplantat, Schrittmacherelektrode, Gelenksprothese, Aneurysma-Clip, oder Shunt.)

1. **Ich bin von Metallteilen oder –splittern verletzt worden, z. B. am Auge**.

 (Z.B. bei Metallarbeiten, durch eine Schuss- oder Granatsplitter-Verletzung.)

Für Frauen:

1. **Ich bin schwanger**.

Anweisungen

A- C: Falls mindestens einer der Punkte A bis C auf Sie zutrifft dürfen Sie einen Magnetraum nicht ohne vorherige Abklärung betreten. Melden Sie sich bitte bei XYZ für eine Abklärung.

D: Bei einer Schwangerschaft nehmen Sie bitte mit Vorgesetzten Rücksprache. Ihr Arbeit­ge­ber darf Sie gemäss Mutterschutz­ver­ord­nung nicht in Bereichen beschäftigen, in denen die Magnetfeld­stärke über 0.04 Tesla (= 40 Millitesla) liegt, sobald er von der Schwangerschaft weiss.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie keine magnetischen Gegenstände in einen Magnetraum bringen: Z.B. Sauer­stofflasche, Spitalbett, Bodenpoliermaschine, etc. Legen Sie auch Hörhilfen, Uhren und Schmuck, Kredit- und Bankkarten mit Magnetstreifen (werden gelöscht) und alle Metall­gegenstände (z.B. Haarnadeln, Büro­klammern, Werkzeuge, etc.) ab bevor Sie einen Magnetraum betreten.

Ich bestätige, dass ich dieses Formular gelesen und die Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Ich hatte Gelegenheit meine Fragen dazu zu stellen. Ich bin mir bewusst, dass meine Situation bei einer Veränderung bezüglich der Punkte A bis E erneut beurteilt werden muss.

Ich kann zurzeit MR-Magneträume betreten: [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Unklar. Ich melde mich für eine Abklärung

Ort, Datum Name und Unterschrift angestellte Person

**Resultat der Abklärung:**

[ ]  darf Magnetraum betreten [ ]  darf Magnetraum nach Schwangerschaft betreten [ ]  darf Magnetraum nicht betreten

Ort, Datum Name und Unterschrift MR-Sicherheits-Fachperson