

## Sicherheitsfragebogen

MRI vom: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie gewissenhaft die folgenden Fragen für Ihr Kind. Falls Sie Ihr Kind in den Scanner-Raum begleiten möchten, beantworten Sie die Fragen auch für sich. **Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an uns.**

Name des Kindes	Geburtsdatum	Gewicht	Grösse	Name Begleitperson

☐ Keine Änderungen seit der letzten Untersuchung am: \_\_\_\_\_

☐ **Neue Untersuchung / Änderung zur letzten Untersuchung**

	Kind	Begleitperson
Trägt Ihr Kind / tragen Sie ein Implantat? Wenn ja:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin-, Schmerz- andere Injektionspumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquordrainage (VP Shunt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innenohr-, Mittelohr- oder Cochlea-Implantat (Hörimplantat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothesen (z.B. Kunstgelenke, Zahnprothesen). Wenn ja, was:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefässclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Clips nach Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Implantat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde es / wurden Sie je am Kopf, Auge, Ohr oder Herzen operiert, oder wurde je eine Gefässdarstellung durchgeführt? Wenn ja, warum:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Besteht die Möglichkeit, dass sich ein Metallsplitter oder –partikel im Auge Ihres Kindes / in Ihrem Auge befindet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Mit Ausnahme von Zahnfüllungen, trägt Ihr Kind / tragen Sie Metall am/im Körper? (Zahnspange, Spirale, Piercing, orthopädische Schienen, Gewichtsmanschetten, Hörgerät, ...)? Wenn ja, was:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Für Mädchen / Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Trägt Ihr Kind ein Medikamentenpflaster? (Schmerz-, Reise-, Hormonpflaster, etc.). Wenn ja, wofür:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Ist es tätowiert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Trägt es synthetische Sportunterwäsche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Gibt es Gründe, dass Ihr Kind nicht längere Zeit still liegen kann (Jucken, Schmerzen, Erkältung, Platzangst, Epilepsie, etc.)? Wenn ja, warum:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Hat es Medikamentenunverträglichkeiten, Allergien oder Asthma? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Hat es ein Nierenleiden? (Wenn ja, ist es dialysepflichtig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Wurde Ihr Kind schon einmal mit MR oder CT untersucht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Ich erlaube die Weiterverwendung der MR-Bilder meines Kindes und der zugehörigen klinischen Informationen für Lehre und Forschung unter strikter Wahrung des Patientengeheimnisses wie auf der Rückseite beschrieben. Falls Ja: Ich möchte über Ergebnisse, die aus der Weiterverwendung der MR-Bilder meines Kindes resultieren und die Gesundheit meines Kindes betreffen, informiert werden.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Vor dem Betreten des Scanner-Raums **alle metallenen Objekte ablegen** (Uhr, Schmuck, Haarklammern und –gummis, Brille, Hörhilfe, Gehhilfe, ...), **alle Taschen Ihrer Kleidung leeren** (Schlüssel, Geldbörse, Kreditkarten, Münzen, Kugelschreiber, Büroklammern, ...) und **keine Gegenstände mitnehmen** (Notebook, Mobiltelefon, Rucksack, Tasche, Schreibwaren, ...).

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die Risiken der bevorstehenden MR-Untersuchung aufgeklärt worden sind und die obgenannten Fragen gelesen und wahrheitsgetreu beantwortet haben.**

## **Weiterverwendung der MR-Bilder für Lehre und Forschung**

Das Kinderspital Zürich ist als Universitäts-Kinderklinik Aus- und Weiterbildungsstätte für Ärztinnen, Ärzte, Pflege- und andere Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen. Zudem wird im Kinderspital Zürich, wie an anderen Universitätsspitalern auch, Forschung zur Verbesserung von Diagnostik, Therapie und Pflege betrieben. Grundlagen für diese wichtigen Aufgaben sind unter anderem die Resultate der klinischen Untersuchungen und der zugehörigen Therapien und Krankheitsverläufe, wie sie in den Patientendokumentationen festgehalten werden. Dabei ist es nicht nur wichtig, Informationen über spezifische Krankheiten zu sammeln, sondern auch die gesunde Entwicklung unserer jungen Patienten zu dokumentieren, um Krankheitsbilder zuverlässig unterscheiden zu können.

Damit das Kinderspital Zürich MR-Bilder aus der Patientendokumentation Ihres Kindes für die Forschung und Lehre nutzen darf, benötigen wir Ihre Zustimmung. Wir bitten Sie deshalb, die entsprechende Frage auf der Vorderseite dieses Formulars zu beantworten. Mit Ihrer Zustimmung leisten Sie und Ihr Kind einen wertvollen Beitrag zum medizinischen Fortschritt. Selbstverständlich steht es Ihnen frei, die Frage mit Nein zu beantworten. Es entstehen Ihrem Kind daraus keine Nachteile. Die Behandlung Ihres Kindes wird in keiner Weise beeinflusst oder beeinträchtigt.

Mit dem Einverständnis für die Weiterverwendung der MR-Bilder für die medizinische Forschung und Lehre erlauben Sie qualifizierten Mitarbeitenden des Kinderspitals, die dem Patientengeheimnis unterstellt sind, MR-Bilder Ihres Kindes und zu deren Auswertung notwendige klinische Informationen (z.B. Alter, Geschlecht, Grund der Untersuchung, Diagnose, ...) für Forschungszwecke oder in der Lehre zu verwenden. Sämtlichen Aspekten des Daten- und Persönlichkeitsschutzes wird dabei sorgfältig Rechnung getragen. Die Veröffentlichung von Resultaten geschieht immer ohne Nennung von Namen oder anderen Hinweisen auf Ihr Kind; wo nötig, werden Bilder unkenntlich gemacht.

### **Recht auf Widerruf**

Sie oder Ihr Kind (nach Erreichen der Urteilsfähigkeit) haben jederzeit das Recht, eine gegebene Zustimmung zu widerrufen. Ab dem Zeitpunkt des Widerrufs dürfen die MR-Daten Ihres Kindes nicht mehr zu Lehr- und Forschungszwecken weiterverwendet werden. Wenden Sie sich für einen Widerruf bitte an: Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung, Abteilung Bilddiagnostik, Lenggstrasse 30, 8008 Zürich oder via E-Mail an: [radiologie.sekretariat@kispi.uzh.ch](mailto:radiologie.sekretariat@kispi.uzh.ch)

### **Weitere Fragen?**

Das Personal des MR-Zentrums oder der behandelnde Arzt erteilen Ihnen gerne persönlich Auskunft. Gerne geben wir Ihnen auch das vollständige Merkblatt „Weiterverwendung gesundheitsbezogener Daten und biologischer Proben für die Forschung und Lehre“ ab.