

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die bei Ihnen vorgesehene Kernspintomografie, auch Magnetresonanztomografie (MRT) genannt, ist eine Untersuchung zur bildlichen Darstellung von Organen oder Körperteilen unter Anwendung von Radiowellen innerhalb eines Magnetfeldes.

► **Ablauf der Untersuchung** Die Untersuchung dauert je nach Fragestellung 15 – 45 Minuten. Es ist wichtig, dass Sie während der gesamten Zeit völlig ruhig liegen und gleichmäßig atmen. Sie befinden sich während der Untersuchung ganz oder teilweise in der tunnelförmigen Öffnung des Magneten (Ø 70 – 100). Während der Messungen treten sehr laute Klopf- und Brummgeräusche auf.

► **Kontrastmittel** Bei bestimmten Fragestellungen ist eine venöse Kontrastmittelgabe notwendig. Gelegentlich kann dies der Arzt erst während der Untersuchung entscheiden. Die in der MRT verwendeten Kontrastmittel sind nicht jodhaltig und nicht radioaktiv und werden über die Nieren wieder ausgeschieden. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Sie am Tag der Untersuchung viel trinken, möglichst 2 Liter Tee oder Wasser, um die Nierenfunktion anzuregen!

Im Allgemeinen werden MR-Kontrastmittel sehr gut vertragen. Dennoch kann es, wie bei jedem anderem Medikament, zu Nebenwirkungen kommen, die wir für Sie auf einem gesonderten Blatt aufgeführt haben.

!!! Ein MRT kann bei einem bestimmten Personenkreis nicht durchgeführt werden !!!
Deshalb **beantworten Sie bitte folgende Fragen sorgfältig** und wenden sich bei Unklarheiten an unser Fachpersonal oder an den untersuchenden Arzt.

-
1. **Haben oder hatten** Sie einen Herzschrittmacher oder
.....andere elektronische Geräte, z.B. Insulinpumpe, Neurostimulator ...? ja nein
 2. Befinden sich **Metallteile** in Ihrem Körper, **z.B. Granatsplitter**, Gefäßclips, Metallprothese, Nägel, Schrauben von Operationen ... ? ja nein
 - a) Sind diese ggf. länger als 20cm? ja nein
 3. Wurden Operationen an Herz, Kopf oder Blutgefäßen (Arterien) durchgeführt? ja nein
 4. Besteht eine Niereninsuffizienz (eingeschränkte Nierenfunktion)? ja nein
 5. Leiden Sie an Allergien oder Asthma?
Bestehen Überempfindlichkeiten, z.B. gegen Pflaster, Medikamente... ja nein
 6. Haben Sie Tätowierungen im zu untersuchenden Körperbereich? ja nein
 7. **Nur für Frauen:** Besteht oder könnte eine Schwangerschaft bestehen? ja nein
Falls Sie einen Scheidenring (z.B. wegen Senkung) tragen, muss dieser bei Untersuchungen des Rückens, des Bauches oder Beckens evtl. entfernt werden.

► **Wichtig:** Vor Betreten des Untersuchungsraumes müssen **Scheckkarten** (werden gelöscht), elektronische Geräte (z.B. Hörgeräte) und **alle metallhaltigen Gegenstände**, wie z.B. Brille, Uhr, Schmuck, Haarspangen, Schlüssel, lose Zahnersatzteile oder -Spangen, Kugelschreiber, Portemonnaie usw. abgelegt werden. Ihre Sachen werden sicher in Ihrer Umkleidekabine aufbewahrt!

Mit einer eventuellen venösen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden : ja nein
Über die möglichen Nebenwirkungen wurde ich ausreichend aufgeklärt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit der Untersuchung.

Name (**bitte in Druckbuchstaben**)

Vorname

Geb.-Datum

X -----
Datum

X -----
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

bitte wenden



Händigen Sie uns bitte **Röntgen-, CT- oder MRT- Bilder sowie Arztberichte** von Voruntersuchungen schon in der Anmeldung aus. Damit helfen Sie uns, eine exakte Diagnose zu erstellen.

Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte sehr sorgfältig und vollständig

Körpergröße:

Gewicht:

► **Was für Beschwerden haben Sie?** (Wobei treten Sie auf?)

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

Notiz Personal:

► **und seit wann:**

► **Hatten Sie am zu untersuchenden Körperteil/-abschnitt einen Unfall oder eine ungewöhnliche Belastung?**

ja, wenn ja, was genau und wann?

nein

► **Wurden Sie am heute zu untersuchenden Körperteil/-abschnitt bereits operiert?**

(auch Arthroskopie oder Schlüsselloch-Chirurgie)

ja

nein

wenn ja, **welche OP und wann?**

► **Haben (oder hatten) Sie schwerwiegende Erkrankungen oder chronische Leiden**

(z.B. Krebs, Diabetes, Rheuma,...)?

ja

nein

Nur für Privatpatienten

Name/Vorname: Geb.-Datum:

Adresse:

Tel.: Hausarzt/Überweiser:

Welcher Privatversicherung gehören Sie an?

Rechnung an : (wenn anders wie oben angegeben)

.....