

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 Messung treten sehr laute Klopf- und Brummgeräusche auf.

► **Kontrastmittel** Bei bestimmten Fragestellungen ist eine venöse Kontrastmittelgabe notwendig. Gelegentlich kann dies die Ärztin / 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.

► **Risiken der MRT** Nach derzeitigem Erkenntnisstand ist mit gesundheitl. Schäden durch MRT nicht zu rechnen.

!!! Allerdings darf eine MRT bei einem bestimmten Personenkreis nicht durchgeführt werden !!!

Deshalb **beantworten Sie bitte folgende Fragen sorgfältig** und wenden sich bei Unklarheiten an unser Fachpersonal oder die untersuchende Ärztin / 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**, Gefäßklips, 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) und **alle metallhaltigen Gegenstände**, wie z.B. Brille, Uhr, Schmuck, Haarspangen, Schlüssel, lose Zahnersatzteile oder -Spangen, Hörgeräte, Kugelschreiber, Portemonnaie, elektrische oder elektronische Geräte usw. abgelegt werden. Ihre Sachen werden sicher in Ihrer Umkleidekabine aufbewahrt!

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit der Untersuchung.
Einer eventuellen venösen Kontrastmittelgabe stimme ich zu / stimme ich nicht zu.
(nicht zutreffendes streichen).

Über die möglichen Nebenwirkungen wurde ich ausreichend aufgeklärt.

.....
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

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

.....
.....

Nur für Privatpatienten

Name/Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Tel.: Hausarzt/Überweiser:

Welcher Privatversicherung gehören Sie an?

Rechnung an: