



Information zur Magnetresonanztomographie

Name: _____ **Geb.-Dat.:** _____ **Gewicht:** _____ **kg**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden von ihrer(m) Ärztin/Arzt zu uns überwiesen, um eine Magnetresonanztomographie (MRT) durchführen zu lassen. Bei der Magnetresonanztomographie des Körpers werden Schnittbilder mit Hilfe von Magnet- und Hochfrequenzfeldern erstellt. Im Vergleich zur Computertomographie wird hierbei vollständig auf Röntgenstrahlen verzichtet. Ein schädigender Einfluss der Magnetresonanztomographie ist derzeit nicht bekannt. Zur Vermeidung von Störfaktoren für die Bildgebung und um Risiken für einen begrenzten Patientenkreis zu vermeiden, bitten wir Sie um die Beantwortung nachstehender Fragen.

Die Untersuchungszeit beträgt, je nach Region und Fragestellung 15-30 Minuten. Ein lautes, klopfendes Geräusch bei der Untersuchung ist leider nicht zu vermeiden. Wir bitten Sie, so ruhig wie möglich zu liegen.

Wenn Sie, wie viele Menschen, unter Platzangst leiden, teilen Sie uns dies bitte frühzeitig vor der Untersuchung mit.

Wo haben Sie welche Beschwerden? Seit wann? Voroperationen?

bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Wurden Sie bereits magnetresonanztomographisch untersucht? | ja () nein () |
| 2. Haben Sie Voraufnahmen oder Befunde dabei? | ja () nein () |
| 3. Haben Sie einen Herzschrittmacher? | ja () nein () |
| 4. Haben Sie eine künstliche Herzklappe oder ein Herzschirmchen? | ja () nein () |
| 5. Haben Sie Clips im Hirn oder Rückenmarkbereich oder Gefäßstents? | ja () nein () |
| 6. Haben Sie Metallteile im Körper (außer Zahnmetall) | ja () nein () |

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Gelenkprothese (), Granatsplitter, Metallsplitter, Metallclips (),
 Osteosynthesematerial (Schrauben, Platten, Cerclagen) (), Insulinpumpe (),
 Zytostatikapumpe (), Neurostimulator (), Hörhilfe (), Cochlea-Implantat (),
 Piercing (), Schmuckimplantate (), Tätowierungen (), Permanent Make-ups ()

Weitere: _____

- | | |
|--|-----------------|
| 7. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? Kreatinin: | ja () nein () |
| 8. Besteht eine Schwangerschaft? GFR: | ja () nein () |
| 9. Haben Sie Allergien? (Medikamente)? | ja () nein () |
| 10. Haben Sie Angst in engen Räumen? | ja () nein () |
| 11. Ist eine Infektionskrankheit bei Ihnen bekannt? | ja () nein () |

Bei speziellen Fragestellungen ist es notwendig, **Kontrastmittel** über eine Armvene zu spritzen. Diese besitzen eine sehr gute Verträglichkeit und werden innerhalb weniger Stunden über den Urin wieder ausgeschieden. Allergische Nebenwirkungen sind, wie bei allen Medikamenten, möglich, jedoch sehr selten (weniger als 1%).

Einer Kontrastmittelgabe stimme ich nach vorheriger Aufklärung zu ja () nein ()

Bitte beachten Sie noch Folgendes:

Alle metallhaltigen Gegenstände, wie Uhr, Brille, Münzen, Handy, Hörgeräte etc. sowie Plastikkarten mit Magnetstreifen bitte vor Betreten des Untersuchungsraumes abgeben!

Nordhausen, den _____

Unterschrift _____