



Kernspintomographie (MRT)

Ihr Arzt hat Sie zu einer Kernspintomographie überwiesen. Sie liegen bei dieser Untersuchung in einer großen Magnetspule („Röhre“), in welcher man mit Hilfe von Hochfrequenzimpulsen Schnittbilder Ihres Körperinneren erstellen kann. Während der Untersuchung entstehen laute, rhythmische Klopfgeräusche, deswegen erhalten Sie von uns einen Gehörschutz. Die Untersuchung ist für Sie gefahrlos; Röntgenstrahlen werden hierbei nicht verwendet. Es gibt jedoch Einschränkungen bei der Anwendung der MRT.

Name, Vorname: _____ Tel.Nr.: _____

Gewicht in Kg: _____ Größe: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Haben Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator/
Cochleaimplantat oder eine Medikamentenpumpe? Ja () Nein ()

Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper
(z.B.(Zahn-)Prothesen, Hörgeräte, Gefäßclips/ -stents
oder Granatsplitter? Wenn ja seit wann _____ Ja () Nein ()

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Ja () Nein ()

Wurde ein Aneurysma in Ihrem Kopf operiert? Ja () Nein ()

Sind Allergien auf Medikamente / Kontrastmittel bekannt? Ja () Nein ()

Sind Sie schwanger? Ja () Nein ()

Haben Sie eine Kupferspirale zur Schwangerschaftsverhütung? Ja () Nein ()

Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung / -insuffizienz bekannt? Ja () Nein ()

Kreatininwert mg/dl im Blut: _____

Bei einigen Fragestellungen ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Vene im Arm zu spritzen. Dieses ist sehr gut verträglich, nur in sehr seltenen Fällen können leichte allergische Reaktionen auftreten.

Wenn Sie Angst in engen Räumen haben (Klaustrophobie), teilen Sie uns dies mit. Wenn Sie möchten, können wir Ihnen ein Beruhigungsmittel spritzen. Bitte legen Sie vor der Untersuchung alle losen Metallteile wie z.B. Haarnadeln, Uhr, Brille, Schmuck, Portemonnaie, Handy, Schlüssel, losen Zahnersatz und Hörgeräte ab.

Auch Scheck- und Kreditkarten dürfen Sie keinesfalls mit in den Untersuchungsraum nehmen. Wenn Sie noch Frage haben, wenden Sie sich jederzeit gerne an unser Team.

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung und der Übermittlung meines Befundes an den überweisenden Arzt einverstanden.

Wir bitten Sie, das ausgehändigte Bildmaterial (CD) sorgsam aufzubewahren, da wir bei einer Zweitausfertigung einen Kostenbeitrag von 5€ erheben müssen.

Datum

Unterschrift