



Kernspintomographie (MRT)

KM _____

Ihr Arzt hat Sie zu einer Kernspintomographie überwiesen. Sie liegen bei dieser Untersuchung in einer großen Magnetspule („Röhre“). 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:

Kreatininwert mg/dl im Blut: _____

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

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

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

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?

Herzschwäche? Ja () Nein ()

Nierenerkrankung, Niereninsuffizienz? Ja () Nein ()

Hepatitis / AIDS? Ja () Nein ()

Bei einigen Fragestellungen ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Armvene zu spritzen.

Daher benötigen wir den Kreatinin-Wert, wenn Sie ihn bei uns bestimmen lassen kostet Sie das 5€.

Das Kontrastmittel 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 **vor** der Untersuchung mit.

Bitte legen Sie vor der Untersuchung **alle losen** Metallteile wie z.B. Haarnadeln, Uhr, Scheck- und Kreditkarten, Brille, Schmuck, Portemonnaie, Handy, Schlüssel, losen Zahnersatz und Hörgeräte ab.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich jederzeit gerne an unser Team.

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

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass ich mit der Durchführung der Untersuchung und der Übermittlung meines Befundes an den überweisenden und von mir ausdrücklich dem Praxispersonal genannten Arzt einverstanden bin.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten

Vom Personal auszufüllen:

Sonstiges: _____