

Kernspintomographie

Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers bzw. eines implantierten Defibrillators?

Wenn Ja bitte sofort melden!!!

Ja

Nein

bitte stellen Sie sich auf eine gesamte Untersuchungsdauer von 1 bis 1 1/2 Stunden ein.
(Vorbereitung, Aufnahme, Bildberechnung)

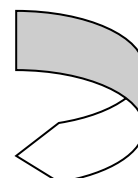
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auf Veranlassung Ihres behandelnden Arztes wurden Sie uns zur Kernspintomographie (MR) überwiesen. Anstelle von Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen werden hier zur bildlichen Darstellung Ihres Körpers **Radiowellen** in einem starken **Magnetfeld** verwendet. Das entstehende Echosignal wird von sehr empfindlichen Spulen aufgefangen und einem Computer zugeführt, der hieraus Bilder erstellt. Daraus sind Informationen zu erhalten, die mit anderen Methoden nicht zu gewinnen sind. Eine besondere Vorbereitung ist nicht notwendig. Sie können vorher wie üblich essen und trinken. **Ausnahme:** Untersuchungen des Bauches.

Während der letzten Jahre wurden hunderttausende Untersuchungen in dieser Form ohne Neben- oder Nachwirkungen durchgeführt. Nach heutigem Stand unseres Wissens sind Schäden unwahrscheinlich, Die **schmerzlose** Untersuchung wird in einem speziellen Raum durchgeführt, wobei je nach Fragestellung 20 bis 45 Min. Gesamtdauer veranschlagt werden. Die **eigentliche Untersuchung** dauert jeweils solange, wie Sie das **laute Klopfen** hören. Während dieser Zeit sollten Sie **absolut ruhig** und entspannt liegen und sich nicht bewegen, da es sonst zu Bildstörungen kommt. Sie haben jederzeit Sprechkontakt mit uns, eine Klimaanlage ist eingeschaltet. Da einzelne Messungen sehr laut sind, bekommen Sie von uns einen Kopfhörer oder Ohrstöpsel.

Um ein noch aussagekräftigeres Bild zu erhalten, kann es erforderlich werden, zusätzlich ein **Kontrastmittel (keine jodhaltige Substanz)** einzunehmen und/oder einzuspritzen. Gelegentlich verursachen die hier verwendeten Kontrastmittel leichtere Reaktionen, wie z. B. Übelkeit.

BITTE WENDEN!!!!



Aufklärungs- & Fragebogen

Abteilung: MRT



Name, Vorname: Geb. Datum:

Adresse:

Geburtsname: Geburtsort:

Telefon- Nr:

Um diese Kernspintomographie effektiv durchführen zu können, möchten wir Sie höflichst bitten, uns vorab einige Fragen zu beantworten und das Folgende genau durchzulesen bzw. zu beachten:

1. Wurde bei Ihnen früher eine Kernspintomographie oder Computertomographie durchgeführt?

Wann? Wo? Welches Organ?.....

2. Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes?

(Bitte kurze Beschreibung der Symptome)

.....
.....

3. Angabe des Körpergewichtes in kg:

4. Hatten Sie jemals einen chirurgischen Eingriff? Wenn ja, welchen und an welchem Organ?

.....

5. Bestehen/bestanden bei Ihnen ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche?

.....

6. Besteht eine Allergie (z.B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster etc?

.....

7. **Sind Sie dialysepflichtig oder besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion?**.....

Ja

Nein

8. Haben Sie:

-Herzschrittmacher?.....

Ja

Nein

-Insulinpumpe?.....

Ja

Nein

- Metallclips nach Gefäßoperationen: - Gehirn?.....

Ja

Nein

- Herzkranzgefäße?.....

Ja

Nein

- Aneurysma? (Gefäßweiterung)

Ja

Nein

- Metallsplitter im Körper/Auge?.....

Ja

Nein

- Schrauben/Platten nach Knochenverletzungen, künstl. Gelenk?..

Ja

Nein

- Mittelohrprothesen/Hörgeräte?.....

Ja

Nein

Aufklärungs- & Fragebogen

Abteilung: MRT



Nur für Frauen:

9. Besteht eine Schwangerschaft?
10. Stillen Sie?
11. Intrauterinpeessar aus Metall (Spirale)?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Falls nötig, bitte rechtzeitig vor der Untersuchung zur Toilette gehen. Denken Sie an die längere Untersuchungszeit.

Ausnahme: Untersuchung des Beckens!

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstanden haben.

Bitte beachten Sie:

Metallteile können, wenn sie in das Magnetfeld gelangen, Unfälle verursachen und die Bildqualität beeinflussen. Legen Sie bitte deshalb vor Betreten des Untersuchungsraumes in der Kabine folgende Gegenstände ab:

- Uhr, Brille, allen Schmuck, Zahnprothesen, Hörgerät
- Scheckkarten mit Magnetstreifen (werden sonst gelöscht), Geldbörse, Brieftasche
- Metallteile an der Kleidung (Gürtelschnallen, Knöpfe, Reißverschluss)
- Geldmünzen, Kugelschreiber, Schlüssel und andere Metallteile (z. B. Haarspangen)

Einwilligungserklärung

- ❖ Ich habe den Aufklärungsbogen sorgsam gelesen und verstanden. Gegebenenfalls erforderliche Rückfragen wurden mir verständlich beantwortet.
- ❖ Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit.
- ❖ Ich willige hiermit in die angeordnete Untersuchung ein. Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.
- ❖ Die gestellten Fragen wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet.
- ❖ Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens Ja Nein

....., den

.....
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Vormund

.....
Unterschrift (MTRA / MFA / Arzt / Ärztin) der zur Durchführung der Untersuchung berechtigten Person

**Ich lehne eine Untersuchung mit Kontrastmittel ab!
Über mögliche Nachteile durch meine Ablehnung wurde ich aufgeklärt.**

.....
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Vormund

.....
Unterschrift (MTRA / MFA / Arzt / Ärztin) der zur Durchführung der Untersuchung berechtigten Person