

Patienteninformation zur MRT-Untersuchung (Magnetresonanz-Tomographie)

Mit der Magnetresonanz-Tomographie (MRT) kann man Schichtbilder aus dem Körperinneren erzeugen, ohne Röntgenstrahlen zu benutzen.

Unter der Wirkung von Magneten werden elektrische Signale aus dem Gewebe empfangen, die die Information für die Bilder liefern. Nach dem heutigen Kenntnisstand ist die Untersuchung unschädlich.

Sie werden in einem der modernsten MRT-Geräte untersucht.
Das Gerät ist insbesondere wegen seiner offenen Konstruktion sehr beliebt.

Ablauf der Untersuchung

Während der Messung sind laute Schlagfrequenzen hörbar, die durch das Einschalten der einzelnen Spulen entstehen.

Wegen des Magnetfeldes ist es wichtig, dass Sie sich während der Messung nicht bewegen. Schon die kleinsten Bewegungen führen zu einer Bildunschärfe.

Sollten Probleme auftreten, so können Sie jederzeit über die installierte Notfallklingel Kontakt mit uns aufnehmen.

- Bei vielen MRT-Untersuchungen ist es notwendig ein Kontrastmittel zu verwenden. Das MRT-Kontrastmittel ist sehr gut verträglich und kann auch bei Jod-Allergien gegeben werden. Das Kontrastmittel wird über eine Armvene gegeben.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie vor der Untersuchung in der Kabine

- Uhren und Schmuck
- Scheckkarten mit Magnetstreifen
- Metallgegenstände wie Messer, Feuerzeuge, Kleingeld, Schlüssel, Haarnadeln usw.

abgelegt haben.

Vorname Nachname

Geburtsdatum

Größe

Gewicht ca.

Telefonnummer

Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder eines Neurostimulators? Ja Nein
2. Tragen Sie ein Hörgerät? (Sie sollten dieses für die Untersuchung herausnehmen) Ja Nein
3. Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?
(Sie sollten diese für die Untersuchung herausnehmen) Ja Nein
 Wenn ja, wird diese durch Magneten gehalten? Ja Nein
4. Sind Sie am Herz oder Kopf operiert worden? Ja Nein
5. Sind in Ihrem Körper eventuell Metallteile?
(Metallsplinterverletzungen, Schusswunden, Granatsplinter, Prothesen oder Clips nach Operationen) Ja Nein
6. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? Ja Nein
7. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein
 Wenn ja, welche?: _____
8. Haben Sie schon einmal MRT-Kontrastmittel (KM) (gadoliniumhaltig) gespritzt bekommen? Ja Nein
 Wenn ja, haben Sie dieses KM gut vertragen? Ja Nein
9. Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? Ja Nein
10. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein
 Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____ Woche
11. Stillen Sie? Ja Nein

Sollten Sie noch Fragen haben, bitten wir Sie, sich an uns zu wenden.

Ich bestätige hiermit, obige Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben.

Einverständniserklärung

- Ich erkläre mich bis auf schriftlichen Widerruf einverstanden mit der Speicherung meiner Daten inkl. medizinischer Informationen bei den CityPraxen^{BERLIN} nach den gesetzlichen Vorgaben zur Verwendung dieser innerhalb der CityPraxen^{BERLIN} und dem Zugriff der bei den CityPraxen^{BERLIN} tätigen Ärzte auf diese Daten.
- Nachrichten inkl. medizinischer Befunde können mir per E-Mail zugesandt werden.

Datum / Unterschrift (Patient/in, Sorgeberechtigte/r *)

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass Ihm das Sorgerecht allein zusteht oder das er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt.