

Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.: _____
 Größe: _____
 Gewicht: _____

Termin : _____

Bitte 2 große Handtücher mitbringen

Patienten , die mehr als 180 Kg wiegen, können nicht untersucht werden !

Patienteninformation – Magnetresonanztomographie (MRT)

Die MRT ist eine Untersuchung ohne Röntgenstrahlen. In einem sehr starken Magnetfeld werden mittels Radiowellen die entsprechenden Regionen dargestellt. Die Dauer beträgt. ca. 15-30 Minuten. Während der Untersuchung ist ein lautes und klopfendes Geräusch zu hören. Bitte liegen Sie ganz ruhig. In dem Gerät ist es relativ eng. Sollten Sie unter Platzangst leiden, informieren Sie uns bitte frühzeitig. Bei Bedarf kann Ihnen ein beruhigendes Medikament verabreicht werden. Bei einigen Fragestellungen muss ein Kontrastmittel über eine Armvene gespritzt werden. Dabei handelt es sich um ein jodfreies, sehr gut verträgliches Medikament. Allergische Reaktionen kommen sehr selten vor.

Pat. mit Herzschrittmacher, künstlichen Herzklappen, Implantaten, Gefäßclips oder anderen metallischen Prothesen können nicht untersucht werden! Bitte informieren Sie uns über solche Implantate.

Für die Untersuchung müssen alle Metallgegenstände abgelegt werden. Dazu zählen: Uhren, Schlüssel, Scheckkarten, Geld, Schmuck, Piercing, Haarspangen, Brillen, Zahnersatz, Handys u.ä.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Bemerkungen - wann – welche ?

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Tragen Sie eine künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Haben Sie andere Metallteile im Körper | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sind Sie am Herz operiert worden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sind Sie am Kopf operiert worden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Bisherige andere Operationen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Leiden Sie an einer Herz- Kreislauf- oder Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankg. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sind bei Ihnen Allergien bekannt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Leiden Sie unter Klaustrophobie/ (Angst in engen Räumen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Für Frauen im gebärfähigen Alter Besteht eine Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Wurde schon mal eine MRT durchgeführt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Leiden Sie an einer Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Wenn Sie Fragen zur Untersuchung, zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, beantworten wir sie Ihnen gerne. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen.

Einverständniserklärung

Mit der Durchführung der Magnetresonanztomographie und einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. Ich habe diesbezüglich keine weiteren Fragen.

Rüdersdorf,den _____ Unterschrift des Patienten _____

Bei Sedierung (Spritzen eines beruhigenden Medikaments) besteht eine Fahruntauglichkeit für 24 Stunden. Eine Begleitperson ist unbedingt notwendig!

____ml Faustan mit 10 ml Nacl i.v. injiziert

Unterschrift des Patienten: _____ Unterschrift des Arztes _____