



RADIOLOGIE-EINS

Name, Vorname..... Geburtsdatum:.....

Ihr Körpergewicht kg

Ihre Körpergröße..... m

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Kernspintomographie (MRT) überwiesen, einer Untersuchung im Magnetfeld ohne Röntgenstrahlen.

Die Untersuchung besteht aus mehreren Einzelmessungen mit Klopf- und Brummgeräuschen von wenigen Sekunden bis etwa 5 Minuten Dauer, die Gesamtzeit beträgt je nach medizinischer Fragestellung bis zu 30 Minuten. Für gute Ergebnisse ist es wichtig, dass Sie während der gesamten Untersuchungsdauer (insbesondere während der einzelnen Messabschnitte) völlig bewegungslos liegen und gleichmäßig atmen.

Patienten mit Herzschrittmacher und bestimmten Metallteilen dürfen nicht untersucht werden.

Um die Risiken zu vermindern, ist es leider notwendig diesen Fragebogen in sehr kurzen Abständen neu auszufüllen. Wir bitten dafür um Verständnis.

Sollte Ihnen noch etwas unklar sein, sprechen Sie uns darauf an. Ihre Fragen sind wichtig für uns und wir möchten, dass Sie mit einem guten Gefühl zu uns kommen!

Bei einigen Patienten ist für die Diagnosestellung die Gabe von Kontrastmittel nötig. Dazu benötigen wir einen vorher festgestellten spezifischen Laborwert (Kreatininwert). Ob Kontrastmittel benötigt wird, wird meistens erst während der Untersuchung geklärt. Kontrastmittel ist allgemein gut verträglich, kann in seltenen Fällen zu allergischen - und/oder Atemwegsreaktionen führen bzw. gelegentlich einen bitteren Geschmack oder Missempfindungen verursachen.

- bitte wenden -

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator ? ja nein

Haben Sie Platzangst? ja nein

Wurden Sie am Herzen, Kopf oder den Schlagadern operiert? ja nein

Tragen Sie Tätowierungen, Permanent Make-up oder Piercings? ja nein

Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper? (z.B.Stents,Hüftprothesen,Gefäßclips,Granatsplitter etc.) ja nein

Wenn ja, was und seit wann?

Tragen Sie ein Hörgerät, Innenohrimplantat oder eine Insulinpumpe? ja nein

Wurde eine Operation im zu untersuchenden Bereich durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und welche Operation?

Liegen Grunderkrankungen vor? (Diabetes,Hepatitis,Tumorerkrankungen,Parkinson,MS etc.) ja nein

Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden? ja nein (falls notwendig)

Für Frauen: Sind Sie schwanger ? ja nein

Erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre Untersuchungsergebnisse (Befundbericht) an den überweisenden Arzt weitergeben (§73 Abs. 1 b SGB V)? ja nein

WICHTIG: Vor Beginn der Untersuchung müssen Sie alle losen Metallgegenstände ablegen

Berlin, den Unterschrift.....