



MAGNETRESONANZTOMOGRAFIE (MRT)

Information

Magnetresonanz (MR) – oder Kernspintomografie ist eine der neuesten diagnostischen Methoden in der Medizin!

Starke Magnetfelder und Radiowellen erzeugen sehr genaue Bilder der Untersuchungsregion.

Weder Röntgenstrahlen noch radioaktive Substanzen werden dafür verwendet.

Für Patienten stellt diese Untersuchung keine Strahlenbelastung und kein Risiko dar.

Wenn Sie aufgerufen werden, entkleiden Sie sich bitte in der Kabine bis auf die Unterwäsche.

Wegen des starken Magnetfeldes ist es besonders wichtig, auch alle metallischen Gegenstände und alle Datenträger (Uhr, Scheckkarte,...) in der Kabine zu lassen (Bitte zusperren!).

Im Untersuchungsraum werden Sie auf einer bequemen Liege gelagert und in das röhrenförmige Gerät eingefahren.

Durch ein Fenster ist Sichtkontakt zu Ihnen gegeben. Jederzeit können Sie über eine Gegensprechanlage mit uns in Kontakt treten oder mittels eines Notfallballs (Klingel) sofort medizinisches Personal herbeirufen.

Es folgen einige, etwas lauter klopfende Messungen, mit jeweils ca.3 Minuten.

Sehr wichtig ist, daß Sie während der ca.15-minütigen Untersuchungszeit ruhig und entspannt liegen, da jede Bewegung Störungen auf den Bildern verursacht und die Auswertung / Befundung durch den Arzt beeinträchtigt.

Bei dieser Untersuchung könnte es nötig sein ein Kontrastmittel in die Armvene zu spritzen. Dieses ist sehr gut verträglich und auch für Röntgenkontrastmittel-Allergiker geeignet.

Bitte umblättern



REGION:

NAME GEWICHT kg

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HERZSCHRITTMACHER | <input type="checkbox"/> HERZKLAPPE | <input type="checkbox"/> HÖRGERÄT | <input type="checkbox"/> STENT |
| <input type="checkbox"/> GEHIRN-OPERATION
OPERATION | <input type="checkbox"/> OHR-OPERATION | <input type="checkbox"/> HERZ-OPERATION | <input type="checkbox"/> GEFÄß-
OPERATION |
| <input type="checkbox"/> SCHWANGERSCHAFT
NIERENFUNKTION | <input type="checkbox"/> STILLEN | <input type="checkbox"/> EINGESCHRÄNKTE | |
| <input type="checkbox"/> METALL IM KÖRPER (GEFÄßCLIPS, PROTHESEN, SPLITTER, ...) | | | |

BESCHWERDEN :

- RUHESCHMERZ BELASTUNGSSCHMERZ DRUCKSCHMERZ

SCHWELLUNG: DERZEITIGE GRÖßE: CM

- VERHÄRTUNG ? VERFÄRBUNG ? VERSCHIEBLICH ?
WACHSTUM ?

Wo GENAU ?

SEIT WANN ?

BEKANNTES :

- DIABETES BLUTUNG VERLETZUNG TUMOR ANEURYSMA RAUCHER

MEDIKAMENTE ? BLUTVERDÜNNUNG BLUTHOCHDRUCK

GIBT ES BEREITS MR / CT / US / RÖ ? JA
NEIN

WANN ? WOHER?

WURDE DIESER BEREICH OPERIERT ?

JA

NEIN

WANN? KRANKENHAUS:

WAS GENAU WURDE GEMACHT?

(SOLLTE DIE ANFORDERUNG DES OP-BERICHTS FÜR DIE BEFUNDERSTELLUNG NOTWENDIG SEIN, KANN ES ZU EINER GERINGEN VERZÖGERUNG IHRES BEFUNDES KOMMEN. BEI ABHOLUNG BITTE VORHER ANRUFEN! WIR BITTEN UM IHR VERSTÄNDNIS.)

**ICH HABE DIE FRAGEN KORREKT BEANTWORTET, UND ERKLÄRE MICH MIT DER
UNTERSUCHUNG
UND MIT DER ANFORDERUNG VORHANDENER BEFUNDE EINVERSTANDEN.**

DATUM UNTERSCHRIFT