



## **MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT) ANGIOGRAPHIE**

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

Starke Magnetfelder und Radiowellen erzeugen sehr genaue Bilder der zu untersuchenden Gefäße.

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, von jeweils ca.5 Minuten Dauer.

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.

Zur Darstellung der Gefäße wird ein Kontrastmittel in die Armvene gespritzt. Dieses ist sehr gut verträglich und auch für Röntgenkontrastmittel-Allergiker geeignet.

Bitte umblättern



# **ANGIO:**

kg

NAME ..... GEWICHT .....

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

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

## **BESCHWERDEN :**

- |                                    |  |   |                          |
|------------------------------------|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> SCHWINDEL | <input type="checkbox"/> KRÄMPFE       | <input type="checkbox"/> HAUTVERFÄRBUNG | <input type="checkbox"/> |
| ARMSCHWÄCHE                        |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> SCHMERZEN | <input type="checkbox"/> BLUTHOCHDRUCK | <input type="checkbox"/> SCHWELLUNGEN   | <input type="checkbox"/> |
| GEHSTRECKE ?                       |  |   |                          |

**SEIT WANN ?** .....

## **BEKANNTES :**

- |                                   |                                  |                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> BLUTUNG | <input type="checkbox"/> VERLETZUNG | <input type="checkbox"/> TUMOR | <input type="checkbox"/> ANEURYSMA |
| <input type="checkbox"/> RAUCHER  | <input type="checkbox"/> .....   |                                     |                                |                                    |

**MEDIKAMENTE ?**  BLUTVERDÜNNUNG  BLUTHOCHDRUCK  .....

**GIBT ES BEREITS MR / CT / US/ ANGIOGRAFIE ?**  JA   
NEIN

WANN ? ..... WO ? .....

**WURDE DIESER GEFÄßBEREICH THERAPIERT ?**  JA   
NEIN

GEFÄßCLIPS

BYPASS

STENT

AUFDEHNUNG

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 .....