



## MAGNETRESONANZTOMOGRAFIE (MRT) Information

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

Starke Magnetfelder und Radiowellen erzeugen sehr genaue Bilder des gesamten Gelenks.

Weder Röntgenstrahlen noch radioaktive Substanzen werden dafür verwendet.

Für Patienten stellt diese Untersuchung kein Risiko dar.

---

Wenn Sie aufgerufen werden, machen Sie in der Kabine bitte Ihr Gelenk frei.

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.

*( Es besteht durchgehend Sichtkontakt mit Ihnen, und wenn Sie wollen auch Sprechkontakt!  
Sie können ebenso 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 den ca.10 Minuten ruhig und entspannt liegen, da jede Bewegung Störungen in den Bildern verursacht.



Bitte umblättern

# GELENK:

LINKS  RECHTS  NAME .....

GEWICHT ..... kg BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

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

## BESCHWERDEN ?

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VORNE      | <input type="checkbox"/> OBEN  |
| <input type="checkbox"/> HINTEN     | <input type="checkbox"/> UNTEN |
| <input type="checkbox"/> INNENSEITE |                                |
| <input type="checkbox"/> AUßENSEITE |                                |

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> RUHESCHMERZEN         |
| <input type="checkbox"/> BELASTUNGSSCHMERZEN   |
| <input type="checkbox"/> INSTABIL, „AUSLASSEN“ |
| <input type="checkbox"/> SCHWELLUNG            |

## SEIT WANN?

.....

## UNFALL / STURZ / ÜBERLASTUNG ?

JA  NEIN

- NEU ? WANN GENAU ? ..... WIE ? .....
- ALT ? WANN GENAU ? ..... WIE ? .....
- LEISTUNGSSPORT ? WELCHER ? .....
- KEINE ERKENNBARE URSACHE ?

## WURDE DIESES GELENK THERAPIERT ?

JA  NEIN

- BEWEGUNG  STROM  ULTRASCHALL  INJEKTIONEN  GIPS, SCHIENE  PUNKTIONEN

## GIBT ES BEREITS MR / RÖ / ULTRASCHALL ?

JA  NEIN

WANN ? ..... WOHER ? .....

## WURDE DAS GELENK OPERIERT / ARTHROSKOPIERT ?

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 .....