



MAGNETRESONANZTOMOGRAFIE (MRT) BRUST

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

Starke Magnetfelder und Radiowellen erzeugen sehr genaue Bilder der gesamten Brust.

Weder Röntgenstrahlen noch radioaktive Substanzen werden dafür verwendet.

Für Patienten stellt diese Untersuchung 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 (Bauchlage, Arme seitlich) 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.

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

Bitte umblättern →

BRUST:

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

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

GEWICHT kg

1. BESTEHT DIE MÖGLICHKEIT EINER SCHWANGERSCHAFT ODER STILLEN SIE ZURZEIT?

- JA NEIN

2. NEHMEN /NAHMEN SIE DIE PILLE ODER HORMONTABLETTEN?

- JA NEIN

3. WANN WAR IHRE LETZTE MONATSBLUTUNG?

4. GIBT ES BEREITS BILDER DER BRUST?

- JA NEIN

RÖNTGEN WANN?..... WO?.....

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

5. WURDE DIE BRUST BEREITS OPERIERT (PROBEPUKTION)?

- JA NEIN

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

RECHTS..... LINKS.....

6. HABEN SIE BESCHWERDEN?

- JA NEIN

7.

WENN JA, WELCHE?

SCHMERZEN

REGELABHÄNGIG ? JA NEIN RECHTS LINKS

GETASTETER KNOTEN

RECHTS LINKS

HAUTVERÄNDERUNGEN

RECHTS LINKS

KOMMT/KAM FLÜSSIGKEIT AUS DER BRUST?

RECHTS LINKS

8. HAT ODER HATTE JEMAND IN IHRER FAMILIE (MUTTER, SCHWESTER) BRUSTKREBS?

JA NEIN

Ich habe die Fragen korrekt beantwortet, und erkläre mich mit der Untersuchung und mit der Anforderung vorhandener Befunde einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____