



MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT) INFORMATION

Magnetresonanz (MR) – oder Kernspintomographie ist eine der neuesten diagnostischen Methoden in der Medizin! Starke Magnetfelder und Radiowellen erzeugen sehr genaue Bilder des Untersuchungsbereichs. Weder Röntgenstrahlen noch radioaktive Substanzen werden dafür verwendet. Für Patienten stellt diese Untersuchung kein Risiko dar. Im Falle einer bestehenden oder möglichen Schwangerschaft führen wir keine MR-Untersuchung durch.

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

Wegen des starken Magnetfeldes ist es sehr wichtig, alle metallischen Gegenstände und Datenträger (Uhr, Hörgeräte, Scheckkarten, Schmerzpflaster, ...) 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. 20 Minuten ruhig und entspannt liegen, da jede Bewegung Störungen in den Bildern verursacht.

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.



REGION: _____

GEWICHT: _____ kg

Bitte zutreffendes Ankreuzen:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Ohr-Operation | ☐ eingeschränkte Nierenfunktion |
| ☐ Herzklappe | ☐ Herz-Operation | ☐ Metall im Körper (Gefäßclips, Prothesen, Splitter,...) |
| ☐ Hörgerät | ☐ Gefäß-Operation | |
| ☐ Stent | ☐ Schwangerschaft | |
| ☐ Gehirn-Operation | ☐ Stillen | |

Beschwerden?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Ruheschmerzen | ☐ Belastungsschmerzen | ☐ Druckschmerzen |
|--|--|---|

☐ Schwellungen: Schwellungsgröße: _____ cm

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| ☐ Verhärtung? | ☐ Verfärbung? | ☐ Verschieblichkeit? | ☐ Wachstum? |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|

Wo genau? _____ Seit wann? _____

Bekanntes

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Diabetes | ☐ Verletzung | ☐ Aneurysma | ☐ Ja | ☐ Nein |
| ☐ Blutung | ☐ Tumor | ☐ Raucher | ☐ _____ | |

Medikamente

- | | | | |
|---|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Blutverdünnung | ☐ Bluthochdruck | ☐ Ja | ☐ Nein |
|---|--|-----------------------------|-------------------------------|

Gibt es bereits MR/CT/Ultraschall/RÖ

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wann? _____ Woher? _____

Wurde das Gelenk 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. Ich stimme der Übermittlung der elektronischen Bilddaten gemäß § 51 Abs. 2 Z 2 Ärztegesetz zu.

Datum und Unterschrift der/des Patient/in
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift RT

Unterschrift Arzt