



MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT) WIRBELSÄULE

Magnetresonanz (MR) – oder Kernspintomographie 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 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. 10 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.

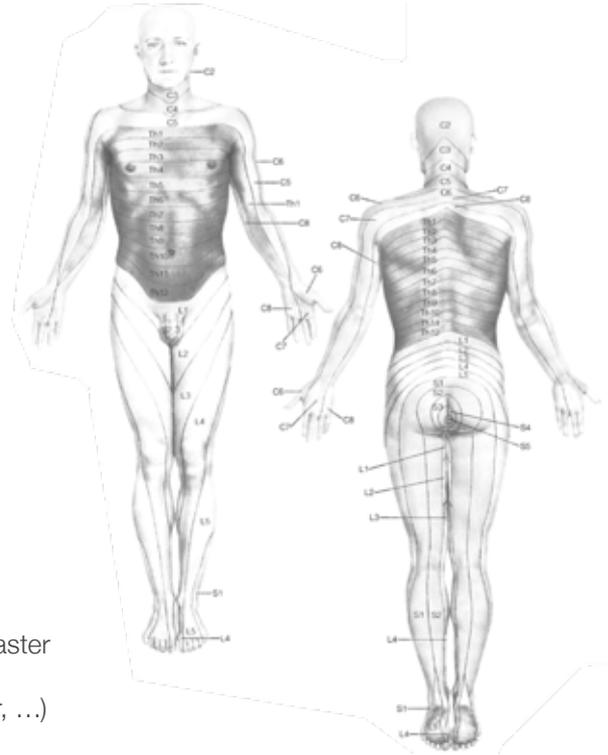


WIRBELSÄULE

Beschwerden bitte einzeichnen

Seit wann? _____

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schwäche | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Blasenbeschwerden | | |
| <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | | |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | | |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | |
| <input type="checkbox"/> Herzklappe | <input type="checkbox"/> Stillen | |
| <input type="checkbox"/> Stent | <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Nierenfunktion | |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Medikamenten-Pflaster | |
| <input type="checkbox"/> Gehirn-Operation | <input type="checkbox"/> Metall im Körper (Prothesen, Splitter, ...) | |
| <input type="checkbox"/> Ohr-Operation | | |
| <input type="checkbox"/> Gefäß-Operation | | |
| <input type="checkbox"/> Herz-Operation | | |



2. Unfall / Sturz / Überlastung der Wirbelsäule ? Ja Nein

Wann? _____

Wie? _____

3. Gibt es bereits MR / CT / Röntgen von der Wirbelsäule? Ja Nein

Wann? _____

Woher? _____

4. Wurde die Wirbelsäule 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 und Unterschrift der/des Patient/in
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift RT

Unterschrift Arzt