

# MERKBLATT für MRT-UNTERSUCHUNGEN

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Bei der Magnetresonanztomographie werden anstelle von Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen zur bildlichen Darstellung Ihres Körpers Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Manchmal ist es notwendig Kontrastmittel zu spritzen, welches aber praktisch keine Nebenwirkungen hat.

Die Dauer der Untersuchung beträgt zwischen 10 und 20 Minuten. In dieser Zeit hören Sie **laute Klopfgeräusche** und Sie sollten **ruhig liegen**. Ein/e Radiologietechnologe/in sitzt außerhalb des Raumes, überwacht die Untersuchung und kann jederzeit zu Ihnen kommen, falls Sie ein Problem haben.

Ein bestimmter Personenkreis kann mit dieser Methode nicht untersucht werden, darum bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

1.) Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

2.) Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

3.) Haben Sie einen **Herzschrittmacher** oder **Defibrillator**?  ja  nein

4.) Wurden Sie an **Herz** oder **Kopf operiert**?  ja  nein

5.) Hatten Sie eine **Augenverletzung** (z.B.: Metall-, Granatsplitter)?  ja  nein

6.) Haben Sie ein **Mittelohrimplantat**?  ja  nein

7.) Haben Sie eine **biologische oder mechanische Herzklappe**?  ja  nein

8.) Haben Sie einen **Aneurysma(Gefäß-)clip im Schädel**?  ja, seit: \_\_\_\_\_  nein

9.) Haben Sie einen **herausnehmbaren Zahnersatz**?  ja  nein

Falls ja, **wie hält dieser im Kiefer**?  Kleber  Druckknopf/Klammern  Magnet  Sonst: \_\_\_\_\_

10.) Haben Sie einen **Stent, Gefäßclip**?  ja, seit: \_\_\_\_\_  nein

11.) Haben Sie eine **Schmerzpumpe** oder **Insulinpumpe**?  ja  nein

12.) Haben Sie einen **Sensor zur Blutzuckermessung** am Oberarm?  ja  nein

13.) Haben Sie **sonstige Metallteile oder -splitter** im Körper?  ja  nein

Falls ja: Was? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

14.) Leiden Sie an einer **schweren Nierenerkrankung** oder hatten Sie eine **Nieren-Operation**?  ja  nein

15.) Besteht eine **Kontrastmittelüberempfindlichkeit** (Allergie)?  ja  nein

16.) Sind Sie **tätowiert** oder haben Sie **Permanent Make-up(s)**?  ja  nein

17.) Für Frauen: **Sind Sie schwanger**?  ja  nein

Stillen Sie gerade?  ja  nein

Sind Sie Trägerin einer **Kupferspirale oder -kette**?  ja  nein

**ACHTUNG:** Legen Sie bitte folgende Gegenstände unbedingt ab:

**Uhr, Scheckkarten mit Magnetstreifen, Hörapparate, Handys, Schmuck, Haarklammern, div. Metallteile**

Ich bestätige hiermit, dass ich das Aufklärungsblatt gelesen, verstanden und nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der vorgeschlagenen Untersuchung zu und bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Baden, am \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_