



Patientenname: _____

Magnetresonanztomographie (MRT)
Radiologie Traunstein-Haslach

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Magnetresonanztomographie (MR, MRT, Kernspintomographie) ist eine der modernsten diagnostischen Methoden. Dieses Verfahren erzeugt Schnittbilder des Körpers ohne Strahlenbelastung. Die Untersuchung wird aufgeteilt in mehrere Untersuchungssequenzen, die Gesamt-Untersuchungsdauer beträgt ca. **20 bis 45 Minuten**. Während der Untersuchung hören Sie ein teilweise lautes klopfendes Geräusch, das je nach Untersuchungssequenz eine unterschiedliche Lärmbelastung hervorrufen kann. Vor der Untersuchung ist es unbedingt erforderlich, dass sämtliche Metallteile, wie z. B. Zahnprothese, Schmuck, Geldstücke, Kreditkarten, Uhren usw. in der Kabine gelassen werden. Ähnlich wie bei der Computertomographie kann es notwendig werden, dass zusätzlich ein **Kontrastmittel** gespritzt wird. Im Vergleich zu Röntgen-Kontrastmittel sind bei den Kontrastmitteln für die Kernspintomographie Unverträglichkeitsreaktionen äußerst selten.

Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Tragen Sie einen **Herzschrittmacher, Neurostimulator, Insulinpumpe oder Cerebralshunt?** Ja Nein
- Wurde bei Ihnen eine **Ohr-OP mit Implantat** (Cochleaimplantat) vorgenommen? Ja Nein
- Tragen Sie **ein Dentalimplantat mit Magnet** (Dentalmagnetattachment)? Ja Nein
- Tragen Sie **ein Hörgerät? Bitte herausnehmen** Ja Nein
- Tragen Sie irgendwelche **Metallprothesen?** Wenn ja, wo und seit wann?
..... Ja Nein
- Sind bei Ihnen **metallische Fremdkörper** bekannt und in welcher Region?
(vor allem im Bereich **des Auges**). Ja Nein
- Tragen Sie ein **Piercing? Bitte alle rausnehmen/entfernen.** Ja Nein
- Wurde bei Ihnen eine **Gefäß-Operation** durchgeführt? (**Gefäßclips**). Ja Nein
- Leiden Sie an einer **ansteckenden Erkrankung** (z. B. infektiöse Gelbsucht, HIV, Tuberkulose)? Ja Nein
- Leiden Sie an einer **Nierenfunktionsstörung** bzw. eine **chron. Nierenleiden?** Ja Nein
- **Liegen derzeit aktuelle Laborwerte vor?** Ja Nein
- Tragen Sie bitte Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht ein: _____cm _____kg
- **Nur für Frauen:**
Könnte eine **Schwangerschaft** vorliegen oder stillen Sie? Ja Nein
Tragen Sie eine **Kupferspirale?** Ja Nein

Ich habe den Aufklärungsbogen verstanden und alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Untersuchung und der evtl. Gabe von Kontrastmittel bin ich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen und Bilddateien an den Überweiser, evtl. den Hausarzt und im Behandlungsfall (Operation, Kontrollen) an die anfordernde Praxis oder das Krankenhaus gefaxt oder gemailt werden.

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Arzt: _____