

# Kernspintomographie (MRT) Aufklärungsbogen

**Bitte sagen Sie unbedingt  
den Termin ab, wenn Sie  
ihn nicht wahrnehmen  
können -  
auch im Internet möglich!**

## Radiologische Gemeinschaftspraxis

DR. D. WUJCIAK · DR. M. DIESTELHORST · DIPL. - MED. M. DREVENSTEDT  
H. GOLLMANN · DR. M. GÜRTLER · U. WEIDT  
RADIOLOGEN  
NIEMEYERSTRASSE 23 · 06110 HALLE/SAALE

Tel.: 0345/6140102

Tel.: 0345/6140503

FAX: 0345/61 40 210

www.halle-radiologie.de

in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin  
Dr. H.-J. Hurtz · Dr. M. Schmalfeld · Dr. S. Frank-Gleich · Dr. U. Neef  
Niemeysterstraße 22 · 06110 Halle/Saale

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_ Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

die bei Ihnen vorgesehene Untersuchung erfolgt ohne Röntgenstrahlung. Wir erzeugen Schnittbilder des Körpers mit UKW-Radiowellen. Zur Untersuchung liegen Sie in einem starken Magneten und Sie hören während der Bilderzeugung ein lautes Klopfgeräusch. Von manchen Patienten wird dies als etwas lästig empfunden.

**Kontrastmittel:** In einigen Fällen muss zur Untersuchung Kontrastmittel verabreicht werden. Dieses Kontrastmittel (Gadolinium-DTPA) ist sehr gut verträglich. Es enthält kein Jod. Allergieähnliche Nebenreaktionen sind sehr selten.

Wir bitten Sie, **3 Stunden vor Untersuchungsbeginn keine festen Speisen** mehr zu sich zu nehmen. Sie können trinken und erforderliche Medikamente einnehmen. Bitte bringen Sie ein **Handtuch** mit.

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte vor der Untersuchung an die medizinisch-technische Assistentin.

### Sie können gefährdet werden, wenn sich

durch Operationen oder Unfälle

### Metallteile in Ihrem Körper befinden!

Unter Umständen könnte dies auch die Bildgebung beeinträchtigen.

**Bitte kreuzen Sie deshalb die Teile an, die vorhanden sind.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher  | <input type="checkbox"/> herausnehmbarer Zahnersatz  |
| <input type="checkbox"/> Piercing   | <input type="checkbox"/> mit Magnet befestigter herausnehmbarer Zahnersatz   |
| <input type="checkbox"/> Hörhilfen  | <input type="checkbox"/> Metall-Splittverletzungen, Schrappnellteile   |
| <input type="checkbox"/> Cochlea-Implantate   | <input type="checkbox"/> Metallstifte in Knochen und/oder Gelenken   |
| <input type="checkbox"/> Gelenkersatz   | <input type="checkbox"/> Metallgitter oder Drahtnähte  |
| <input type="checkbox"/> Tätowierungen  | <input type="checkbox"/> Permanent-Make-Up   |
| <input type="checkbox"/> Elektroden   | <input type="checkbox"/> Magnetverschluß statt Naht nach OP  |
| <input type="checkbox"/> Insulinpumpe   | <input type="checkbox"/> Clips im Bereich Aorta oder Hirnbereich   |
| <input type="checkbox"/> Stents oder Shunts   | <input type="checkbox"/> Prothesen   |
| <input type="checkbox"/> Herzklappen  | <input type="checkbox"/> Neurostimulatoren (TENS)  |
| <input type="checkbox"/> osteosynthetisch behandelte Knochenfrakturen (Metallstäbe, -platten, -drähte, Schrauben, Nägel, Clips) | <input type="checkbox"/> transdermale Pflaster (Nicoderm, Nicotrol=Nikotin, Androderm, Transderm-Nitro, Deponit, Habitrol) |
|   | <input type="checkbox"/> Anderes (bitte ausführen): _____  |

1. Traten nach früheren Kontrastmitteluntersuchungen **Nebenwirkungen** auf?  ja  nein
2. Haben oder hatten Sie jemals eine **Allergie**? \_\_\_\_\_  nein
3. Wurden Sie jemals **operiert** Woran?: \_\_\_\_\_ oder **arthroskopiert** – Seite? Wann?: \_\_\_\_\_  nein
4. Hatten Sie jemals eine **Strahlentherapie**? Woran?: \_\_\_\_\_ Wann?: \_\_\_\_\_  nein
5. Leiden Sie an **Klaustrophobie** (Angst in engen Räumen, z.B. im Fahrstuhl)?  ja  nein
6. Leiden Sie an einer **Nierenfunktionsstörung**?  ja  nein
7. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein?  ja  nein
8. Laut § 73 Abs. 1b SGB V **willige ich hiermit ein, dass die Radiologische Praxis Befunde/Bilder bei weiteren Ärzten einholt und bei mir erhobene Befunde/Bilder anderen Ärzten übermittelt.**  ja  nein
9. Ich habe alle Fragen verstanden und wurde ausreichend informiert. **Ich willige in die Untersuchung ein.**  ja  nein

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_