

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

Magnetresonanztomografie (MRT)
Aufklärungsbogen

Laborwerte

Radiologische Gemeinschaftspraxis

Tel.: 0345/6140102- FAX: 0345/6140 210
www.halle-radiologie.de

Krea: _____

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

Ihr Termin: _____

am: _____

um: _____

in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin
Dr. M. Schmalfeld · Dr. U. Neef · Dr T. Behlendorf · Dr. S. Frank-Gleich
Niemeyerstraße 22 · 06110 Halle/Saale

Name: _____ Straße: _____
Vorname: _____ PLZ / Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Handy / Telefon: _____
Email: _____
Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

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.



Informationsfilm

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 großes 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.

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

- 1. Traten nach früheren Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf?
2. Haben oder hatten Sie jemals eine Allergie?
3. Wurden Sie jemals operiert oder arthroskopiert - Seite?
4. Hatten Sie jemals eine Strahlentherapie?
5. Leiden Sie an Klaustrophobie (Angst in engen Räumen, z.B. im Fahrstuhl)?
6. Leiden Sie an einer Nierenfunktionsstörung?
7. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?
8. Ich habe alle Fragen verstanden und wurde ausreichend informiert. Ich willige in die Untersuchung ein.

Datum, Unterschrift: _____