

MVZ BeRaNuk GmbH

Telefonische Terminvergabe am Savignyplatz 5, 10623 Berlin
Tel 832 188 260 oder Fax 832 188 269

Patienteninformation zur MRT-Untersuchung (Magnetresonanztomographie)

Mit der Magnetresonanztomographie (MRT) kann man Schichtbilder aus dem Körperinneren erzeugen, ohne Röntgenstrahlen zu benutzen.

Unter der Wirkung von Magneten werden elektrische Signale aus dem Gewebe empfangen, die die Information für die Bilder liefern. Nach dem heutigen Kenntnisstand ist die Untersuchung unschädlich.

Sie werden in einem der modernsten MRT-Geräte untersucht.
Das Gerät ist insbesondere wegen seiner offenen Konstruktion sehr beliebt.

Ablauf der Untersuchung

Während der Messung sind laute Schlagfrequenzen hörbar, die durch das Einschalten der einzelnen Spulen entstehen.

Wegen des Magnetfeldes ist es wichtig, dass sie sich während der Messung nicht bewegen. Schon die kleinsten Bewegungen führen zu einer Bildunschärfe.

Sollten Probleme auftreten, so können Sie jederzeit über die installierte Notfallklingel Kontakt mit uns aufnehmen.

Bei vielen MRT-Untersuchungen ist es notwendig ein Kontrastmittel zu verwenden. Das MRT-Kontrastmittel ist sehr gut verträglich und kann auch bei Jod-Allergien gegeben werden. Das Kontrastmittel wird über eine Armvene gegeben.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie vor der Untersuchung in der Kabine

- Uhren und Schmuck
- Scheckkarten mit Magnetstreifen
- Metallgegenstände wie Messer, Feuerzeuge, Kleingeld, Schlüssel, Haarnadeln usw. abgelegt haben.

Vor-/Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ Gewicht ca. : _____

Telefonnummer: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

1. Sind / waren Sie Träger eines Herzschrittmachers oder eines Neurostimulators? ja nein
2. Tragen Sie ein Hörgerät? ja nein
(Sie sollten dieses für die Untersuchung herausnehmen)
- Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese? ja nein
(Sie sollten diese für die Untersuchung herausnehmen)
Wenn ja, wird diese durch Magneten gehalten? Ja Nein
3. Sind Sie am Herz oder Kopf operiert worden? ja nein
4. Sind in Ihrem Körper eventuell Metallteile? ja nein
(Metallsplitterverletzungen, Schusswunden, Granatsplitter, Prothesen oder Clips nach Operationen, Kupferspirale)
5. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? ja nein
6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?: _____
7. Haben Sie schon einmal MRT-Kontrastmittel (KM) ja nein
(gadoliniumhaltig) gespritzt bekommen?
Wenn ja, haben Sie dieses KM gut vertragen? ja nein
8. Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ja nein
9. Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____
Stillen Sie? ja nein

Sollten Sie noch Fragen haben, bitten wir Sie, sich an uns zu wenden.

Ich bestätige hiermit, obige Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben.

Mit der Speicherung und Archivierung meiner Daten und Befunde im praxisinternen Computersystem und in dem der CityPraxen bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift
(Patient/in, Sorgeberechtigte/r *)

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass Ihm das Sorgerecht allein zusteht oder das er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt.