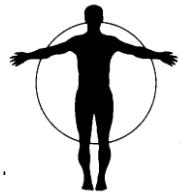
M R T Radiologie Lütten Klein – Kernspintomographie



Name: ..... Wohnort: .....

Vorname: ..... Strasse: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon: .....

Gewicht (in kg!): ..... Größe ..... Krankenkasse: .....

Anamnese: (wird vom Personal ausgefüllt)

Krea: _____

TSH: _____

KM: _____ml

O Dotagita O Primovist

O Dotarem O Prohance

O Multihance O Magnevist

MRT heißt **M**agnet**R**esonanz**T**omographie (auch Kernspintomographie). Hier werden mit Hilfe von Magnetfeldern Schnittbilder von Körperregionen erzeugt. In ca. 10 - 30 Minuten wird eine große Anzahl von Bildern aufgenommen. Während der Untersuchung müssen Sie ganz ruhig liegen. Die Messungen werden von lauten Klopfgeräuschen begleitet. Zur Untersuchung legen Sie bitte Kleidung mit Metallteilen ab, ebenso Uhren, Ohrringe, Hörgeräte, herausnehmbare(n) Zahnspangen / Zahnersatz, Geld(börsen), Brieftaschen, Schlüssel sowie Chip- und Scheckkarten. Gegebenenfalls wird die Untersuchung durch eine Kontrastmittelinjektion in den Arm ergänzt.

Tragen Sie im oder am Körper (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- einen **Herzschrittmacher / Defibrillator?** (wenn **ja**, bitte **sofort** melden!) . . . ja O nein O
- oder andere elektronische Geräte (Hörgeräte, Insulinpumpe, Stimulator usw.)? . ja O nein O
- herausnehmbaren Zahnersatz? . . . . . ja O nein O
- Metallimplantate (künstliche Gelenke, Stents)?. . . . . ja O nein O
- Metallsplitter? . . . . . ja O nein O

Haben Sie eine Allergie? . . . . . ja O nein O

Traten bei Ihnen schon einmal Probleme im Zusammenhang mit einer MRT-Untersuchung oder Kontrastmittelgabe auf? . . . . . ja O nein O

Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? . . . . . ja O nein O

Haben Sie eine Spirale? (Wenn ja, sollte von Ihrem Gynäkologen nach der MRT-Untersuchung zur Gewährleistung der Verhütung eine Lagekontrolle erfolgen!) ja O nein O

Ist im Zusammenhang mit der heutigen Untersuchung eine **ambulante** OP geplant oder vorgenommen worden? . . . . . ja O nein O

Wenn eine Frage mit Ja ⊗ beantwortet wurde, teilen Sie es bitte dem untersuchenden Personal mit.

Ihr(e) überweisende(r) Ärztin / Arzt erhält Bilder und Befund nach ca. 7 Tagen. Bei dringenderen Terminen wenden Sie sich bitte an das Personal der MRT-Abteilung.

Einverständniserklärung

Mit der Durchführung der Untersuchung und einer evtl. erforderlichen Kontrastmittelinjektion bin ich einverstanden. Bei bestehenden Voraufnahmen / Befunden / Arztbriefen stimme ich der Herausgabe dieser an die Praxisgemeinschaft Radiologie Lütten Klein zu.

Rostock, den ..... Unterschrift: .....

Nur von Befund-Selbstabholern bei Übergabe auszufüllen.

Ich habe Bilder / CD / Befund erhalten – Datum: ..... Unterschrift: .....