

**Drewes+Partner**

**Röntgen-Nuclear-Institut**

Medizinisches Versorgungszentrum

**Möserstraße 50  
49074 Osnabrück**

Telefon: 0541-600100

Telefax: 0541-6001010

[www.drewes-partner.de](http://www.drewes-partner.de)

[info@drewes-partner.de](mailto:info@drewes-partner.de)

**Dr.med. A. Beck • Dr.med. V. v. Diepenbroick • Dr.med. J. Drewes • Dr.med. A. Frank • Dr.med. R. Kux •  
Dr.med. G. Leimkühler • Dr.med. B. Löbbers • A. Reitz • Dr.med. L. Schneider • Dr.med. U. Schöning •  
Dr.med. B. Turck • Dr.med. C. Walther**

## Kernspintomographie (MRT)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon ggf. auch dienstlich

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Körpergewicht kg

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt (1. Befundbericht)

ggf. Kopie des Befundberichtes an: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Kernspintomographie / Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) überwiesen, einer Untersuchung in einem Magnetfeld ohne Röntgenstrahlen.

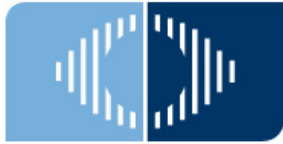
Die Untersuchung besteht aus mehreren Einzelmessungen mit Klopf- und Brummgeräuschen von wenigen Sekunden bis etwa 5 Minuten Dauer, die Gesamtzeit beträgt je nach medizinischer Fragestellung bis zu 30 Minuten. Für gute Ergebnisse ist es äußerst wichtig, dass Sie während der gesamten Untersuchungsdauer (insbesondere während der einzelnen Messabschnitte) völlig bewegungslos liegen und gleichmäßig atmen. Patienten mit **Herzschrittmacher** (Lebensgefahr!) und **Metallteilen** im Auge, Kopf etc. dürfen **nicht untersucht** werden.

Viele Erkrankungen lassen sich nur nach Einspritzen eines speziellen Kontrastmittels in eine Vene nachweisen. Dieses Kontrastmittel ist mit den Ihnen möglicherweise bekannten jodhaltigen Röntgenkontrastmitteln nicht identisch. Es ist allgemein gut verträglich (gelegentlich bitterer Geschmack, kurze Missempefindung), ernste Komplikationen (allergische Kreislauf- und /oder Atemwegs-Reaktion) treten sehr selten auf.

Bitte helfen Sie uns, Risiken zu vermindern, indem Sie uns die umseitig aufgeführten Fragen beantworten (bitte ankreuzen).

Ihre Fragen beantworten wir gerne.

**BITTE WENDEN!!!**



**Drewes+Partner**

**Röntgen-Nuclear-Institut**

Medizinisches Versorgungszentrum

**Möserstraße 50  
49074 Osnabrück**

Telefon: 0541-600100

Telefax: 0541-6001010

[www.drewes-partner.de](http://www.drewes-partner.de)

[info@drewes-partner.de](mailto:info@drewes-partner.de)

**Dr.med. A. Beck • Dr.med. V. v. Diepenbroick • Dr.med. J. Drewes • Dr.med. A. Frank • Dr.med. R. Kux •  
Dr.med. G. Leimkühler • Dr.med. B. Löbbers • A. Reitz • Dr.med. L. Schneider • Dr.med. U. Schöning •  
Dr.med. B. Turck • Dr.med. C. Walther**

- |  | <u>JA</u>             | <u>NEIN</u>           |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. <b>Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator (<u>Lebensgefahr!</u>)</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Haben Sie möglicherweise einen <b>Metallsplitter</b> im Auge?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Haben Sie <b>Metallteile</b> am oder im Körper?<br>( <b>Operationsclips</b> / künstliche Herzklappe / venöser Port / Gefäß-<br>prothese / <b>Neurostimulator</b> / <b>Granatsplitter</b> / Gelenkprothese u.a.m)<br>Wenn ja, was? _____ wo? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Tragen Sie eine Medikamenten-Pumpe? (z.B. Insulinpumpe)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tragen Sie ein Hörgerät?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Sind Sie gepierct?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Wurden Sie schon einmal operiert? ( <b><u>Alle Operationen</u></b> )<br>Wenn ja, woran und wann? _____<br>_____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Bestehen bei Ihnen Allergien?<br>Wenn ja, wogegen? _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Sind Sie herz-, nieren- oder zuckerkrank?<br>(Bitte unterstreichen)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit<br>(Hepatitis, HIV, andere?)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Hatten Sie bereits früher eine MRT-Untersuchung?<br>Wenn ja, wann und wo? _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Bei Frauen:</b> Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stillen Sie?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**ACHTUNG !!! VOR BETRETEN DES UNTERSUCHUNGSRAUMES MÜSSEN SIE  
FOLGENDE DINGE ABLEGEN UM BESCHÄDIGUNGEN ZU VERMEIDEN:**

*Uhren, Hörgeräte, Scheckkarten und andere Karten mit Magnetstreifen, sämtliche sonstigen  
Metallgegenstände wie z.B. magnetische Zahnimplantate, Schmuck, Schlüssel, Haarklammern usw.*

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V**

Mit der Weitergabe/Anforderung meiner Untersuchungs- und Behandlungsdaten an/von meinen  
behandelnden Ärzten erkläre ich mich hiermit einverstanden.

***Ich habe keine weiteren Fragen bzw. meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. Falls aus  
medizinischen Gründen erforderlich, bin ich mit der Gabe eines Kernspin-Kontrastmittels  
einverstanden.***

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

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



**Drewes+Partner**

**Röntgen-Nuclear-Institut**

Medizinisches Versorgungszentrum

**Möserstraße 50  
49074 Osnabrück**

Telefon: 0541-600100

Telefax: 0541-6001010

[www.drewes-partner.de](http://www.drewes-partner.de)

[info@drewes-partner.de](mailto:info@drewes-partner.de)

**Dr.med. A. Beck • Dr.med. V. v. Diepenbroick • Dr.med. J. Drewes • Dr.med. A. Frank • Dr.med. R. Kux •  
Dr.med. G. Leimkühler • Dr.med. B. Löbbbers • A. Reitz • Dr.med. L. Schneider • Dr.med. U. Schöning •  
Dr.med. B. Turck • Dr.med. C. Walther**

## Kernspintomographie (MRT) Knie

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Gewicht

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind in unserem Institut zur kernspintomographischen Diagnostik Ihres/-r Kniegelenke angemeldet. Vorab möchten wir Sie bitten, nachstehende Fragen möglichst genau zu beantworten bzw. die vorgegebenen Antworten zu markieren (☑). Der Untersuchungsbefund wird der/dem überweisenden Kollegin/en umgehend zugestellt, soweit notwendig werden Ihnen relevante Bilddokumente bereits im Anschluss an die Untersuchung ausgehändigt.

# KNIE

Schmerzen **wo?**    innen    außen    vorne    hinten

Höhe Gelenkspalt    oberhalb    unterhalb   des Gelenkspalts

**Bewegungsabhängigkeit**    Nein    Ja, bei

Belastung    Entlastung    Beugung    Streckung    in Ruhe

Andere \_\_\_\_\_

Schmerzhafte Tätigkeiten \_\_\_\_\_

Beschwerdebeginn **wann?** \_\_\_\_\_ durch

Unfall    Überlastung    Verdrehen    Andere bzw. nicht bekannt

Bitte ggf. ausführen \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlung    Keine    Punktion    Injektionen

Operation / Arthroskopie (Spiegelung), bitte ausführen (was, wann, wo)

\_\_\_\_\_  
 Sonstige Behandlungen \_\_\_\_\_

Für Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft?**    ja    nein