

Kernspintomographie (MRT)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon ggf. auch dienstlich

Krankenkasse

Körpergewicht

Körpergröße

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 Missempfindung), 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.



Drewes+Partner

Röntgen-Nuclear-Institut

Medizinisches Versorgungszentrum

**Möserstraße 50
49074 Osnabrück**

Telefon: 0541-600100
Telefax: 0541-6001010
www.drewes-partner.de
info@drewes-partner.de

BITTE WENDEN!

JA **NEIN**

1. **Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator (Lebensgefahr !)**
2. Haben Sie möglicherweise einen **Metallsplitter** im Auge?
3. Haben Sie **Metallteile** am oder im Körper?
(**Operationsclips** / künstliche Herzklappe / venöser Port / Gefäß-
prothese / **Neurostimulator** / **Granatsplitter** / Gelenkprothese u.a.m)
Wenn ja, was? _____ wo? _____
4. Tragen Sie eine Medikamenten-Pumpe? (z.B. Insulinpumpe)
5. Tragen Sie ein Hörgerät?
6. Sind Sie gepierct?
7. Wurden Sie schon einmal operiert? (**Alle Operationen notieren**)
Wenn ja, woran und wann? _____

8. Wurde bei Ihnen eine Krebserkrankung festgestellt?
Wenn ja, was und wann? _____
9. Bestehen bei Ihnen Allergien?
Wenn ja, wogegen? _____
10. Sind Sie herz-, nieren- oder zuckerkrank?
(zutreffendes bitte unterstreichen)
11. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit
(Hepatitis, HIV, andere?)
12. Hatten Sie bereits früher eine MRT-Untersuchung?
Wenn ja, wann und wo? _____
- Bei Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft?
Stillen Sie?

ACHTUNG !!! VOR BETRETEN DES UNTERSUCHUNGSRRAUMES 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

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, sowie anderen Leistungserbringern.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

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