

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!

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

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

**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 andere Leistungserbringer.

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