



## Merkblatt MRT

Bitte geben Sie den **vollständig** ausgefüllten Bogen unserem Anmeldungsteam – vielen Dank!

Mitgebrachte Vorbefunde legen Sie bitte bei.

### MRT – Aufklärung

Bei einer MRT (**Magnetresonanztomographie**) werden Sie liegend einem Magnetfeld sowie elektromagnetischen Wellen (Radiowellen) ausgesetzt. Der menschliche Körper besteht überwiegend aus magnetisierbaren Wassermolekülen. Da sich diese im Magnetfeld ausrichten, kann man mit dieser Methode sehr exakte Bilder erzeugen. Voraussetzung ist allerdings, dass Sie während der Untersuchung absolut ruhig liegen bleiben. Hörbare Klopfgeräusche beruhen auf elektromagnetischen Schaltungen und sind völlig normal. Nach heutigem Wissen besteht bei den angewandten Magnetfeldstärken keine Gefahr für ihre Gesundheit. Im Gegenteil, es werden auf schonende Art und Weise sehr genaue Diagnosen erreicht.

### Patientenfragebogen zur MRT-Durchführung

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

#### **Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Haben Sie im letzten Jahr eine/mehrere Operation/en gehabt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und welche? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie **in der/den zu untersuchenden Körperregion/en?**

---

---

Hatten Sie Knochenbrüche in der/den zu untersuchenden Körperregion/en?

Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_



## Merkblatt MRT

Hatten Sie Operationen in der/den zu untersuchenden Körperregion/en?

Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Metall oder Implantate im Körper?  Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
(z. B. Prothese, Gefäßclips, Stents, Spiralen, Herzklappen, Granat- oder Metallsplitter, Innen- oder Mittelohrimplantate, Insulin- oder Medikamentenpumpen)

Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Platzangst?  Ja  Nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen ansteckende Krankheiten bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Für Frauen in gebärfähigem Alter:

Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, in der wievielten SSW sind Sie? \_\_\_\_\_

Legen Sie bitte **vor Betreten** des Untersuchungsraumes **alle magnetisierbaren Gegenstände ab**, insbesondere:

Uhren, Brillen, Ohringe, Scheck und Parkhauskarten, Karten mit Magnetstreifen, Metallteile bzw. Schmuck an der Kleidung, am Haar oder Haaransatz, Geldmünzen, Kugelschreiber, Feuerzeug, Schlüssel, Handy.

**Feste Metallteile an den Zähnen sind kein Problem.**



## Merkblatt MRT

Bitte kreuzen Sie die folgenden Punkte an, wenn Sie den Fragebogen gelesen und verstanden haben:

- Ich habe die obigen Ausführungen gelesen und verstanden.
- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde an anfordernde Ärzte weiter geleitet werden.
- Ich willige in die vorgeschlagene Untersuchung ein.
- Ich gestatte die Verwendung von Kontrastmittel.

Bei bestimmten diagnostischen Fragestellungen ist es notwendig, zusätzlich ein spezielles MRT-Kontrastmittel zu verwenden, um wichtige Strukturen im Bild hervorheben zu können. Diese Kontrastmittel werden in aller Regel hervorragend vertragen.

Eine Allergie (Überempfindlichkeit) kann allerdings nicht vollständig ausgeschlossen werden. Diese ist jedoch sehr selten und kann sich in leichteren Fällen mit Hautausschlag, Übelkeit und Erbrechen äußern. Überaus selten ist eine ernsthafte Reaktion mit allergischem Schock und Kreislaufversagen.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des /der Patienten/in \_\_\_\_\_