



Kernspintomographie Informations - und Anamnesebogen

Die Kernspintomographie (MR, NMR, MRT) ist ein relativ neues diagnostisches Verfahren, welches es ermöglicht, ohne Anwendung von Röntgenstrahlen verschiedene Körperstrukturen in beliebiger Ansicht zu erstellen. Die Bilderzeugung erfolgt durch ein Magnetfeld und die Anwendung von Radiowellen.

Untersuchungsablauf

Vor dem Eintritt in den Untersuchungsraum müssen Sie folgende Gegenstände ablegen:

Alle metallischen Gegenstände wie z.B. Schmuck, Schlüssel, Hörgeräte, Geldbörse und lose Geldmünzen, entfernbare Zahnprothesen, Taschenmesser sowie Karten mit Magnetstreifen, z.B. Scheck-, Telefon- oder Versicherungskarten. Während der Untersuchung entstehen sehr laute klopfende Geräusche, die durch elektrische Schaltvorgänge im Gerät bedingt sind. Hierfür bieten wir Ihnen Kopfhörer oder Ohrstöpsel an. Es ist für den erfolgreichen Ablauf der Untersuchung äußerst wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben. Die Untersuchung dauert ca. 15 Minuten.

Bei speziellen Fragestellungen ist die Gabe eines Kontrastmittels erforderlich, welches in eine Armvene gespritzt wird. Dieses Kontrastmittel enthält kein Jod, schwerwiegende Nebenwirkungen sind äußerst selten. Hierüber werden wir Sie direkt vor der Untersuchung noch genauer informieren. Bei wiederholter Verwendung kann es zu Ablagerungen im Gehirn kommen. Bisher gibt es weder Anzeichen von gesundheitl. Schäden, noch konnten patholog. Veränderungen sicher nachgewiesen werden, die auf eine Gadolinium-Ablagerung im Gehirn zurückzuführen sind. Wir verwenden ausschließlich Kontrastmittel, die dieses Risiko so klein wie möglich halten.

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Fragen:

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie einen Herzschrittmacher, Insulinpumpe, Cochleaimplantat, Nervenstimulator? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie einen Gehörknöchelersatz, eine künstliche Herzklappe, ein Hörgerät, ähnliches Hilfsgerät oder sonstige metallische Gegenstände im Körper? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Allergien, wenn ja welche: _____ | | |
| 4. Sind bei Ihnen Nierenerkrankungen bekannt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind bei Ihnen Gefäßverkalkungen bekannt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Sind Sie Diabetiker? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie Platzangst? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind Sie mit einer evtl. Kontrastmittelgabe einverstanden ? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Ich habe diese Informationen und die gestellten Fragen verstanden und korrekt beantwortet.

Bei Notwendigkeit einer Kontrastmittelgabe werde ich vorher von Herrn M. Kollerer/Frau Dr. med M. Purucker in einem Aufklärungsgespräch über Durchführung, Nutzen, Risiko der geplanten Untersuchung informiert.

Marktredwitz, den

Unterschrift Patient / ggf. der Eltern

Unterschrift M. Kollerer oder Dr. Purucker