

# Magnetresonanztomographie (MRT)

Bitte die Rückseite beachten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll heute eine **Kernspintomografie (=NMR, MRT)** durchgeführt werden.

Dies ist eine der modernsten diagnostischen Methoden.

Es werden von Ihnen Bilder der erkrankten/zu untersuchenden Körperregion angefertigt. Die Bilder entstehen durch ein starkes Magnetfeld mit elektromagnetischen Radiowellen **OHNE RÖNTGENSTRAHLUNG**. Durch diese Technik entstehen laute Klopferäusche. Sie bekommen als Lärmschutz einen Kopfhörer.

Äußerst wichtig während der gesamten Untersuchung ist, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben! Die **Untersuchung** dauert im Normalfall ca. **15-20 Minuten**.

Wenn Sie sich aktuell in einer stationären Behandlung befinden, werden Ihre Leistungen von der Krankenkasse nicht übernommen. In diesem Fall erklären Sie sich mit der privaten Kostenübernahme einverstanden.

**Gegenstände aus Eisen oder Metallteilen, die in das Magnetfeld gelangen, können zu Unfällen und Bildartefakten führen.**

Aus diesem Grund bitten wir Sie, alle metallhaltigen Gegenstände in der Umkleidekabine abzulegen, wie z.B. Uhr, Brille, Schlüssel, Hörgerät, (Piercing-) Schmuck, Haarnadeln/-spangen, herausnehmbare Zahnprothesen, Geldmünzen, Kugelschreiber, Gürtelschnallen, Kreditkarten sowie andere digitale Datenträger.

Die Umkleidekabine ist während der Untersuchungszeit nur für Sie reserviert.

**Ihr nächster Termin:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie Ihre Voraufnahmen (CD) und Befunde mit.

Vor Untersuchungen des Bauchraumes sollten Patienten mindestens drei Stunden vorher nüchtern bleiben

## Alprad Rosenheim

Im Ärztehaus Rosenheim  
Luitpoldstraße 4  
83022 Rosenheim

## AlpRad Trostberg

Im Facharztzentrum  
Siegerthöhe 3  
83308 Trostberg

## AlpRad Traunreut

Im Ärztehaus Traunmed  
Martin-Niemöller-Str. 2a  
83301 Traunreut

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Falls Sie einen **Herzschrittmacher** oder **andere implantierte elektronische Bauteile** tragen, dürfen Sie nicht untersucht werden!

Tragen Sie Metallteile oder elektronische Geräte in Ihrem Körper?

(Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe, Cochleaimplantat, Hörgeräte, Prothesen, Metallclips, Stents, Schrauben, Zahnspange, Paukenröhrchen, etc.)

JA  NEIN

Wenn ja, was und seit wann?

\_\_\_\_\_

Haben Sie sich am zu untersuchenden Bereich **verletzt**?

JA  NEIN

wenn ja, **wann** und **was** ist passiert? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon an dem zu untersuchenden Bereich **operiert**?

JA  NEIN

wenn ja, **wann** und an **welchem** Körperteil? \_\_\_\_\_

Haben Sie Tätowierungen, Akkupunktornadeln, Permanent-Makeup? *Zutreffendes bitte unterstreichen!*

JA  NEIN

Besteht eine **Infektionskrankheit** wie Hepatitis, HIV o.ä.? Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

JA  NEIN

Ihr Gewicht:

kg

Ihre Größe:

cm

Ich lege alle entfernbar Metallgegenstände ab.

JA  NEIN

z.B. Geldbeutel, Uhr, Schlüssel, Handy, Hörgerät,

Schmuck, Piercings, Brille, Kugelschreiber, Zahnprothesen, Haarspangen, Kleidung mit Metall: Gürtelschnallen, Nieten, BH etc.

Falls erforderlich, willige ich in die Gabe von intravenösem Kontrastmittel ein.

JA  NEIN

Laborwerte: Kreatinin: \_\_\_\_\_ GFR: \_\_\_\_\_ =(Nierenwerte)

Waren Sie bereits für die **heutige** Untersuchung in einer **anderen**

JA  NEIN

Radiologie für ein **MRT**? Für einen **Vergleich** benötigen wir die **Voraufnahmen**.

Wo waren Sie? \_\_\_\_\_

Bitte händigen Sie uns Voraufnahmen sowie Arztberichte von Voruntersuchungen des zu untersuchenden Körperabschnittes schon vor Beginn der Untersuchung aus.

Der Befund wird **automatisch** an Ihren **überweisenden Arzt** geschickt, dies kann ca. **2-3 Tage** dauern.

**Besprechungstermin:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

Geben sie uns bitte **rechtzeitig** Bescheid, falls ihr Termin noch am selben, oder am nächsten Tag stattfindet.

Die Einverständniserklärung zur Befundübermittlung kann widerrufen werden.

**Frauen im gebärfähigen Alter:**

Sind Sie schwanger?  JA  NEIN

Stillen Sie?  JA  NEIN

**Unterschrift:**

AlpRad, den \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Datum

Patient/ Erziehungsberechtigte/r