

## Patienten-Information

### Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT)

Die Magnet-Resonanz-Tomographie (Kernspin-Tomographie) ist eine der modernsten diagnostischen Methoden, bei welcher mittels eines starken Magnetfeldes und Radiowellen hochauflösende Bilder des Körpers erzeugt werden.

Diese Methode arbeitet ohne Röntgen-Strahlen und ohne radioaktive Substanzen. Die Untersuchung stellt für Sie kein Risiko dar und ist völlig schmerzfrei.

#### **Untersuchungsablauf:**

Die Untersuchung findet in einem speziellen Raum statt.

Sie werden auf einer Liege bequem gelagert und anschließend in die röhrenförmige Untersuchungseinheit eingefahren. Die Untersuchung dauert ca. 20 - 40 Minuten. Während dieser Zeit stehen Sie über eine Gegensprechanlage und durch ein Sichtfenster mit uns in Kontakt.

Die Untersuchung ist laut (Klopfgeräusche). Auf Wunsch erhalten Sie von uns Oropax. Während des Klopfens sollten Sie ganz entspannt liegen und Bewegungen vermeiden, da sonst die erzeugten Bilder unbeurteilbar werden.

Patientinnen, die eine Spirale tragen, müssen diese nach der MRT-Untersuchung von ihrem Gynäkologen auf korrekten Sitz überprüfen lassen.

Patienten mit implantiertem **HERZSCHRITTMACHER** dürfen **KEINE** magnetresonanztomographische Untersuchung durchführen lassen!!!

Vor Betreten des Untersuchungsraumes sperren Sie bitte alle beweglichen Metallteile (Uhr, Geld, Gürtel, Schlüssel, Haarspangen, Ohringe, etc.) sowie magnetische Datenträger (Scheckkarte, Kreditkarte, Parkkarte, etc.) in den dafür vorgesehenen Safe. Wir bedauern, keine Haftung für Wertgegenstände ausserhalb der Schließfächer übernehmen zu können.

Sollte es während der Untersuchung wider Erwarten zu einer plötzlichen Erwärmung kommen, sollten Sie unser Personal unverzüglich darüber informieren!

Informieren Sie uns über etwaige Metall-Implantate, Metallsplitter oder vorangegangene Operationen.

Bei ca. 30% der Untersuchungen ist eine intravenöse Kontrastmittelgabe notwendig. Dieses wird sehr gut vertragen und allergische Reaktionen sind äußerst selten. (Wesentlich seltener als bei Röntgen-Kontrastmittel).

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |  |    |      |
|--|----|------|
| Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> oder andere Geräte ?<br>(Neurostimulator, Insulinpumpe, Hörgerät,...) ?                                      | ja | nein |
| Befindet sich in Ihrem Körper <b>Metall</b> ?<br>(Prothesen, Aneurysmaclips, Metallsplitter im Auge oder andernorts, etc...) ?                         | ja | nein |
| Wurden Sie an Kopf, Auge, Ohr, Herz oder Blutgefäßen operiert ?  | ja | nein |
| Sind Sie an der zu untersuchenden Stelle (Region) bereits operiert worden ?<br>Seit wann haben Sie an der zu untersuchenden Stelle Beschwerden ? ..... | ja | nein |
| Haben oder hatten Sie eine bösartige Tumor-Erkrankung ?  | ja | nein |
| Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung oder Immunerkrankung ?<br>(z.B. Diabetes, Hepatitis, HIV, ...)  | ja | nein |
| Ist bei Ihnen eine Nieren- und /oder Lebererkrankung bekannt (Transplantation) ?   | ja | nein |
| Hatten Sie bereits einmal eine MR- oder CT-Untersuchung ?  | ja | nein |
| Sind bei Ihnen Allergien bekannt (ev. gegen Kontrastmittel) ?  | ja | nein |
| Haben Sie Angst vor engen Räumen (Klaustrophobie) ?  | ja | nein |
| Gilt nur für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein ?  | ja | nein |

**NAME** ..... **geb. am** ..... **Gewicht:** ca ..... **kg**  
Name Vorname

**ADRESSE** .....  
Straße Nr. Postleitzahl Ort

**TELEFON-NR:** ..... **ZUWEISENDER ARZT:** .....

**Hausarzt:** .....

**VERSICHERUNG:**      **allgemein**      welche? .....

**privat**      welche? .....

Wir weisen darauf hin, dass für alle ASVG-Versicherten die Pflicht besteht, sich die Notwendigkeit der Untersuchung im Vorhinein vom Vertrauensarzt bestätigen zu lassen.

Ich bestätige, das Informationsblatt genau gelesen, die obigen Fragen verstanden und gewissenhaft ausgefüllt zu haben, und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung und einer eventuell notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden.  
Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

**Datum:** ..... **Unterschrift:** .....