

PATIENTEN – INFORMATION

MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE (MRT)

Termin (nach Vereinbarung) : _____/2013

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem Arzt zur Durchführung einer Magnetresonanztomographie (oder auch Kernspintomographie) überwiesen worden.

Bei dieser Untersuchung werden weder Röntgenstrahlen noch radioaktive Substanzen verwendet, sondern lediglich ein Magnetfeld. Die dabei gemessenen Signale werden von einem Computer in Bilder umgewandelt.

Die Untersuchung ist für Sie völlig schmerzlos. Während dieser Zeit sind Sie unter ständiger Beobachtung.

Für die Qualität der Bilder ist es wichtig, dass Sie während der eigentlichen Aufnahmen, die jeweils nur wenige Minuten dauern, absolut **r u h i g** liegen. Während der Aufnahme hören Sie ein brummend-knatterndes Geräusch, das normal ist. Es entsteht durch Vibrationen der Untersuchungsspulen.

Obwohl die Untersuchung völlig ungefährlich ist, können einige wenige Menschen nicht untersucht werden (z.B. Personen mit Herzschrittmachern).

Bei jeder Untersuchung bekommen Sie zusätzlich gratis eine CD-ROM, auf der ihre gesamte Untersuchung digital gespeichert ist. Diese Untersuchung können sie auf jedem Windows-PC ansehen, eine Betrachtungssoftware startet automatisch nach Einlegen der CD-ROM im PC-Laufwerk.

Bitte lesen Sie unsere Fragen an Sie auf der Rückseite dieses Blattes durch und füllen Sie den Fragebogen vor der Untersuchung aus. Sollten Sie dabei Fragen haben, so werden wir diese gerne gemeinsam mit Ihnen klären.

Wir wünschen Ihnen alles Gute und hoffen, Ihnen mit unseren Bildern und unserer Diagnose zu helfen.

Ihr MRT- Team vom Diagnosezentrum Donaustadt

MRT Anamnesebogen



Untersuchungsdatum:	/2013
---------------------	-------

Patientenname	Vorname	Geb.Dat	Gewicht	männl./ weibl.

Kontraindikationen

	nein	ja
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroimplantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßclips im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallsplitter im Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Untersuchungsbereich:

	nein	ja	wann
Unfall ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Operation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
-------------	--------------------------	--------------------------	-------

Bekannter Tumor und Behandlung	nein	ja	Datum
Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chemo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
weitere Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Krankengeschichte:

(Grunderkrankungen:
z.b. MS, Rheuma,...)
wird gemeinsam ausgefüllt

Unterschrift RT / Arzt

Unterschrift Patient



DIAGNOSEZENTRUM DONAUSTADT