

Patienten-Fragebogen zur MRT-Untersuchung

Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum	Größe	Gewicht
---------------	-------------	--------------	-------	---------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Kernspintomographie zu uns überwiesen. Die Ihnen vorliegende Patienteninformation soll Sie über den Ablauf der Untersuchung und über das hierbei verwendete Kontrastmittel informieren. Unmittelbar vor der Untersuchung wird Ihnen der Ablauf der Untersuchung erklärt. Wir sind bemüht, ihre Termine einzuhalten, durch Notfall-Untersuchungen kann es aber immer wieder zu Verschiebungen kommen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Was ist eine Kernspintomographie?

Die Kernspintomographie (MRT) dient zur bildlichen Darstellung des Körpers ohne Röntgenstrahlen. Hierbei treffen Radiowellen, die in einem Magnetfeld erzeugt werden, auf den Körper, der die Signale zurückschickt (Echosignale). Die Echosignale werden von einer hochempfindlichen Antenne aufgefangen und im Computer ausgewertet. Diese Art der Untersuchung ist besonders bei Kindern vorteilhaft.

Untersuchungsablauf

Während der Untersuchung liegen Sie in einem speziellen Raum auf einer Liege, die sich langsam in die große Öffnung des Magneten bewegt. Während der Untersuchung sind sehr laute Klopfgeräusche zu hören, die völlig normal sind und von elektromagnetischen Schaltungen herrühren. Sollten Sie zu Platzangst neigen, kann Ihnen ein Beruhigungsmittel gespritzt werden. Danach dürfen Sie allerdings 24 Stunden nicht mehr selber Autofahren! Die durchschnittliche Untersuchungszeit dauert etwa 15-30 Minuten. In dieser Zeit werden mehrere Dutzend Bilder aufgenommen. Während der Untersuchung müssen Sie vollkommen ruhig liegen bleiben und gleichmäßig atmen. Jede nur geringste Bewegung verursacht Bildstörungen und beeinträchtigt die Beurteilbarkeit der Bilder.

Gibt es Einschränkungen für MRT?

Die Kernspintomographie ist bei bestimmten Personen nicht anwendbar. Um mögliche Risiken zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Haben Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator, Eventrecorder? ja nein

2. Befinden sich Metallteile im Körper? Wenn ja, welche? (z.B. Spirale, Stent, Gefäßclips, Granatsplitter, Zahnersatz, Schmerzkatheter, Insulinpumpen)
 nein ja: _____

3. Haben Sie einen zu behandelnden Bluthochdruck? ja nein

4. Wurden Operationen an Wirbelsäule, Herz oder Kopf durchgeführt? Wenn ja, wann und was? ja nein

5. Besteht eine Nierenfunktionseinschränkung? ja nein

6. Ist bei Ihnen Diabetes Mellitus bekannt? ja nein

7. Neigen Sie zu Allergien, Heuschnupfen oder Asthma? ja nein

8. Hatten Sie bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel allergische Reaktionen? Wenn ja, wann und bei welcher Untersuchung (CT / MRT)?
 nein ja: _____

9. Ist eine Tumorerkrankung bekannt? nein ja, und zwar: _____

10. Haben Sie Angst in engen Räumen? ja nein

11. Frauen im gebärfähigem Alter: Könnten Sie schwanger sein? ja nein

12. Stillen Sie?

Nur für Patienten, die an der **Wirbelsäule** untersucht werden:

Voroperationen

1. Wurden Sie bereits an der Wirbelsäule / Bandscheibe operiert? ja nein

2. Wenn ja, in welchem Abschnitt der Wirbelsäule? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule

3. Wenn ja, wann wurden Sie operiert (ungefähre Angabe genügt)? An welcher Etage wurden Sie operiert?
 Jahr: _____ (evtl. Monat: _____) Etage: _____

 **BITTE WENDEN!**

Voruntersuchungen

4. Wurden bei Ihnen bereits früher CT- oder MRT-Untersuchungen durchgeführt? ja nein
(Sollten Sie Bilder, Befunde oder Operationsberichte mitgebracht haben, geben Sie diese bitte bei unseren Mitarbeiterinnen ab. Nach der Beurteilung erhalten Sie Ihre Bilder selbstverständlich umgehend zurück).

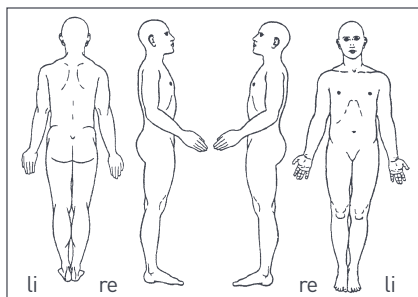
WS-Beschwerden

5. Haben Sie überwiegend Nackenschmerzen? ja nein
-
6. Haben Sie Schmerzen mit Ausstrahlung in die Schulter, in die Arme oder in die Hände? ja nein
-
7. Sind bei Beschwerden in der Hand evtl. einzelne Finger betroffen? Wenn ja, welche? ja nein

8. Haben Sie Sensibilitätsstörungen (Missempfinden, Kribbeln, Taubheitsgefühl) oder eine Schwäche im Bein? ja nein
Wenn ja, welche Körperhälfte ist stärker betroffen?

rechts links beidseits

9. Wo sind die Schmerzen am schlimmsten? Zeichnen Sie diese bitte in das Körperschema ein (Kreuz oder Pfeil).



10. Seit wann haben Sie die Schmerzen? Haben sie plötzlich eingesetzt oder schleichend?
-

11. Welche Behandlungen zur Linderung Ihrer Beschwerden wurden bereits durchgeführt?
-

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Die Untersuchung stellt in der Regel kein Risiko für Sie dar. Bei verschiedenen Untersuchungen ist es nötig, dass Kontrastmittel über einen Venenzugang gespritzt wird. Bei Verwendung von Kontrastmittel werden selten geringfügige Nebenwirkungen wie z.B. Übelkeit und Allergien beobachtet. Diese allergischen Symptome können von Hautrötung, über Bläschenbildung an der Haut, bis zu allergischen Reaktionen mit Schwellungen an Schleimhäuten im Mund, Nasenrachenraum und an den Luftwegen führen. Allergische Symptome können sich bis zu einem Kreislaufkollaps steigern. Ausgeprägte allergische Symptome dieser Art sind extrem selten, müssen jedoch stationär behandelt werden, um Schäden durch mangelnde Organdurchblutung zu verhindern. Tätowierungen oder Make-up können, wenn sie metallhaltige Farbstoffe enthalten, zu Hautreizungen führen.

Worauf ist zu achten?

Metallteile, die in das Magnetfeld gelangen, können zu Verletzungen führen. Legen Sie deshalb alle metallhaltigen Teile vor dem Betreten des Untersuchungsraumes ab, wie z.B. Uhr, Brille, Ohrringe, Zahnersatz, Hörhilfen, Gürtel, Geldmünzen, Portemonnaie, Schlüssel, Haarspangen, Kugelschreiber, Scheckkarten mit Magnetstreifen (werden gelöscht).

Nach der Untersuchung

Falls Sie eine Beruhigungsspritze erhalten haben, lassen Sie sich bitte abholen.

Einwilligungserklärungen

- Ich habe keine Fragen. Hiermit willige ich nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein und verzichte im Vorfeld auf ein weiterführendes ärztliches Aufklärungsgespräch. Bitte haben Sie Verständnis, wenn unmittelbar nach der Untersuchung kein Arztgespräch stattfindet. Bei der Vielzahl der Bilder benötigen wir für die Auswertung Ihrer Untersuchung mehr Zeit. Ihr Befund wird Ihrem behandelnden Arzt zeitnah zur Verfügung gestellt.

Der Radiologie Vehta Ärztepartnerschaft ist der Schutz Ihrer persönlichen Patientendaten sehr wichtig. Wir beachten die geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie das Patientengeheimnis. Für eine Weitergabe Ihrer Daten an die von Ihnen beauftragten, behandelnden Ärzte bitten wir Sie um Ihre Einwilligungserklärung:

- Hiermit willige ich ein, dass der überweisende Arzt Zugriff auf meine Bilder und Befunde erhält. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass den von mir zu einem späteren Zeitpunkt beauftragten Ärzten meine Befunde und Bilder übermittelt werden dürfen.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigten / Sorgeberechtigten*

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.