

MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MR)

Bei der Magnetresonanztomographie werden Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Diese Untersuchung ist **völlig schmerzlos** und **ungefährlich**. Während der Messungen hören Sie lediglich ein lautes Klopfen, das normal ist und Sie nicht beunruhigen soll.

Für eine **gute Qualität der Untersuchung** ist es wichtig, dass Sie **absolut ruhig liegen bleiben!**

Spezielle Untersuchungen erfordern eine Kontrastmittelgabe über die Armvene.

Rötungen oder kleine Blutergüsse an der Einstichstelle sind möglich aber unbedenklich. Ganz selten kann es passieren, dass bei der Injektion die **Vene platzt** oder die **Kanüle fehlerhaft** liegt.

In diesem Fall kann das Kontrastmittel in das umliegende Gewebe gelangen. Dies ist schmerzhaft. **Bitte melden Sie sich sofort**, damit eine weitere Injektion gestoppt werden kann.

Was vor der Untersuchung noch wichtig ist:

Legen Sie bitte **ALLE metallischen Gegenstände** ab! (Uhr, Handy, Geldbörse, Schmuck,...)

BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE **WICHTIGE FRAGEN**:

Ihre Größe: Ihr Gewicht: kg

Haben Sie einen **HERZSCHRITTMACHER**? Ja Nein

Haben Sie eine bekannte **NIERENFUNKTIONSTÖRUNG**? Ja Nein

Sind Sie zuckerkrank? Haben Sie **DIABETES MELLITUS**? Ja Nein

Sind Sie **LEBERTRANSPLANTIERT**? Ja Nein

Wurde ein **EINGRIFF AM OHR** vorgenommen? Ja Nein

Tragen Sie ein **HÖRGERÄT**? Ja Nein

Könnten **METALLSPLITTER** im **AUGE** sein? Ja Nein

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **SCHWANGER** sein oder **STILLEN** Sie ihr Kind? Ja Nein

Sind in Ihrem Körper **METALLISCHE GEGENSTÄNDE**? Ja Nein
(Prothesen, Zahnersatz, Insulinpumpe, Metallclips, Granatsplitter, Spirale, Zuckersensor, Stents, Herzklappe, Permanent-Make-up)

Sind Sie an Herz, Gefäßen, Kopf oder Rückenmark **OPERIERT**? Ja Nein

Sind Sie mit der Gabe eines **KONTRASTMITTELS** bei Bedarf einverstanden? Ja Nein

Soll ihr **HAUSARZT** auch einen **BEFUND** erhalten? Ja Nein

Name ihres Hausarztes:

Ich bestätige, dass ich den Inhalt gelesen und verstanden habe. Mit dieser Unterschrift stimme ich der Durchführung der Untersuchung zu!

IHRE UNTERSCHRIFT:

(vom Untersucher auszufüllen):

errechnetes GFR _____

nativ

_____ ml Clariscan 0,5 mmol/ml i.v.

_____ Glucagen 1 mg/ml i.v.

_____ Buscapina 20mg/ml i.v.

sonstige Anmerkungen: _____

Kürzel: _____

SOP