

PATIENTENETIKETT

MAGNETRESONANZ- TOMOGRAPHIE (MR)

Bei der Magnetresonanztomographie werden Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. 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. Bei Fragen bezüglich des Kontrastmittels wenden Sie sich an das Fachpersonal oder scannen Sie den QR-Code.

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: cm Ihr Gewicht: kg

Haben Sie einen HERZSCHRITTMACHER ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine bekannte NIERENFUNKTIONSSTÖRUNG ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie zuckerkrank? Haben Sie DIABETES MELLITUS ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie LEBERTRANSPLANTIERT ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde ein EINGRIFF AM OHR vorgenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein HÖRGERÄT ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Könnten METALLSPLITTER im AUGE sein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie SCHWANGER sein oder STILLEN Sie ihr Kind?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind in Ihrem Körper METALLISCHE GEGENSTÄNDE ? (Prothesen, Zahnersatz, Insulinpumpe, Metallclips, Granatsplitter, Spirale, Zuckersensor, Stents, Herzklappe, Permanent-Make-up)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie an Herz, Gefäßen, Kopf oder Rückenmark OPERIERT ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Gabe eines KONTRASTMITTELS bei Bedarf einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

BESCHWERDEN/SYMPTOME (Schmerzen, Probleme, Beeinträchtigungen)

- ☐ Beschwerden sind neu aufgetreten (seit ≤ 3 Tagen)
☐ Beschwerden bestehen schon seit mehreren Wochen

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