

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 <b>HERZSCHRITTMACHER</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine bekannte <b>NIERENFUNKTIONSSTÖRUNG</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie zuckerkrank? Haben Sie <b>DIABETES MELLITUS</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie <b>LEBERTRANSPLANTIERT</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde ein <b>EINGRIFF AM OHR</b> vorgenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein <b>HÖRGERÄT</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Könnten <b>METALLSPLITTER</b> im <b>AUGE</b> sein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie <b>SCHWANGER</b> sein oder <b>STILLEN</b> Sie ihr Kind?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an einer <b>INFEKTIONSKRANKHEIT</b> (z.B. Hepatitis, TBC, HIV/AIDS) Wenn ja, an welcher? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind in Ihrem Körper <b>METALLISCHE GEGENSTÄNDE</b> ? (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 <b>OPERIERT</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Gabe eines <b>KONTRASTMITTELS</b> bei Bedarf einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### BESCHWERDEN/SYMPTOME (Schmerzen, Probleme, Beeinträchtigungen)

Beschwerden sind neu aufgetreten (seit  $\leq 3$  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