

# CT / MR Institut Kapfenberg

## Informationsblatt zur MR – Untersuchung

Sehr geehrte Frau .....

Sie wurden uns von Ihrem behandelnden Arzt zur **MR-Untersuchung** zugewiesen. Die **Magnetresonanz (MR) oder Kernspintomographie** ist ein bildgebendes Diagnoseverfahren, das ganz **ohne Röntgenstrahlen** auskommt. Sie liegen in einem **starken Magnetfeld**, das aber keine negativen Auswirkungen hat. Zur Bildgebung werden die Wasserstoff-Atome in ihrem Körper durch **Radioimpulse** angeregt. Diese Impulse sind leider **sehr laut**, weshalb Sie einen Gehörschutz bekommen.

Während der Untersuchung, welche ca. **15 Minuten** dauern wird, sollten Sie **ruhig und möglichst entspannt liegen** und sich **keinesfalls bewegen**. Falls die Lagerung unbequem sein sollte, ersuchen wir Sie, dies der Assistentin unverzüglich mitzuteilen. Sie sind mit uns über eine **Gegensprechanlage** verbunden und werden mit Video beobachtet. Wenn Sie während der Untersuchung etwas wünschen, pressen Sie bitte den **Ballon**, den Sie in der Hand halten.

In manchen Fällen müssen wir zur Anhebung des Bildkontrastes **Kontrastmittel** verabreichen, welches im Gegensatz zur Röntgenuntersuchung **jodfrei** ist und im Allgemeinen **sehr gut vertragen** wird.

Bei manchen Untersuchungen bekommen Sie über den Kopfhörer **Atemkommandos**, die Sie bitte unbedingt beachten sollen. Es ist dabei weniger wichtig wie tief sie ein- bzw. ausatmen, sondern dass Sie dies immer in gleichem Ausmaß machen.

Wir bitten Sie vor der Untersuchung folgende **Gegenstände** in der Umkleidekabine zu hinterlegen:

**Uhr, Brille, Zahnprothese, Schlüssel, Schmuck, Münzen, Kugelschreiber, Scheckkarten, Gürtel und alle anderen Metallgegenstände**

### Bitte beantworten Sie uns noch folgende Fragen:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> ?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie <b>Metallteile</b> im Körper?<br>(Granatsplitter, Prothesen, Metallklips, <b>magnetische</b><br>Zahnprothesen, Akupunkturnadeln) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tragen Sie ein <b>Schmerz-, Nikotin- oder Hormonpflaster</b> ?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden Sie an <b>Herz, Gehirn oder Innenohr operiert</b> ?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine <b>Nierenfunktionsstörung</b> ?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tragen Sie einen <b>Hörapparat</b> ?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tragen Sie ein <b>Piercing</b> oder <b>Tattoo</b> ?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Körpergröße:** ..... cm

**Körpergewicht:** ..... kg

**Laborwerte:** Kreatinin ..... GFR ..... vom: ..... (nicht von der Patientin auszufüllen)

**Sollten Sie eine dieser Fragen mit JA beantwortet haben oder falls Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den untersuchenden Radiologen oder die Assistentin, die die Untersuchung durchführt.**

**Abschließend bitten wir Sie Ihre Zustimmung zur Untersuchung schriftlich zu bestätigen:**

.....  
Unterschrift der Assistentin

.....  
Unterschrift der Patientin bzw. des  
gesetzlichen Vertreters

Kapfenberg, am .....