

CT / MR Institut Kapfenberg

Informationsblatt zur MR – Untersuchung

Sehr geehrter Herr

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 **Herzschrittmacher**? ja nein

Haben Sie **Metallteile** im Körper? ja nein
(Granatsplitter, Prothesen, Metallklips, **magnetische** Zahnprothesen, Akupunkturnadeln)

Tragen Sie ein **Schmerz-, Nikotin- oder Hormonpflaster**? ja nein
Wurden Sie an **Herz, Gehirn oder Innenohr operiert**? ja nein

Besteht eine **Nierenfunktionsstörung**? ja nein

Tragen Sie einen **Hörapparat**? ja nein

Tragen Sie ein **Piercing oder Tattoo**? ja 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 des Patienten bzw. des
gesetzlichen Vertreters

Kapfenberg, am