

# Für Ihre MR Untersuchung

werden Sie gebeten, folgende Fragen genau zu beantworten:

Name und Geburtsdatum .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Gewicht:.....kg Größe:.....cm

Ambulatorium für  
Magnetresonanztomographie

**Prim. Dr. Peter CHOCHOLKA**  
im Landeskrankenhaus Amstetten

Tel: + 43 (7472)9004-17015 Fax 49370

1. Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers?**  Ja  Nein

2. Sind Sie an Herz, Blutgefäßen, Kopf oder Rückenmark /Bandscheibe operiert worden?  Ja  Nein

3. Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile?  Ja  Nein  
(Z. Bsp. **künstliche Herzklappe**, Prothese, Insulinpumpe, **Glucose-Sensor**, Metallclips, Aneurysmaclips, **Metallsplitter, Kupferspirale**, Stent, etc.)  
Wenn ja welche ? .....

Sollte eine Kupferspirale gesetzt worden sein, werden Sie gebeten, im Anschluss an diese Untersuchung den korrekten Sitz der Spirale bei Ihrem Gynäkologen zu kontrollieren.  
Zur Kenntnis genommen:  Ja  Nein

4. Sind bei Ihnen Nierenerkrankungen bekannt ?  Ja  Nein  
( Z. Bsp. Niereninsuffizienz )

5. Wurde ein Eingriff am Ohr vorgenommen?  Ja  Nein

6. Könnten sich in Ihren **Augen Metallsplitter** befinden?  Ja  Nein

7. Tragen Sie ein **Permanent Make up?**  Ja  Nein

8. Befinden sich **Tätowierungen** an Ihrem Körper?  Ja  Nein

9. Haben Sie eine Infektionskrankheit ?  Ja  Nein  
( Hepatitis, HIV,... )

**10. Für Frauen im gebärfähigen Alter :**  
**Könnten Sie schwanger sein?**  Ja  Nein

11. Stillen Sie Ihr Kind?  Ja  Nein

Vor der Untersuchung bitten wir Sie Folgendes zu entfernen:

- **Wimperntusche und Schminke**
- alle metallischen Gegenstände ( z.B. Uhren, Halsketten, Ohrclips,...)
- Scheckkarten, Geldbörse, Münzen, Feuerzeug, ...
- Hörhilfen, Brillen, Perücken, Zahnersatz, etc.
- **Medizinische Pflaster** (auch NIKOTIN-Pflaster), Tapes, Zinksalbenverband

Sollten Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, so stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**Ich habe die Patienteninformation gelesen und die angeführten Fragen verstanden und vollständig beantwortet.**

Datum:.....Unterschrift:.....

**Ambulatorium für  
Magnetresonanztomographie**

Prim. Dr. Peter CHOCHOLKA  
Landeskrankenhaus Amstetten

**Ambulanzzeiten: MO - FR von  
12.00 - 18.00 Uhr**

Tel: + 43 (7472)9004-17015 Fax 49270  
3300 Amstetten, Krankenhausstraße 21

## **Patienteninformationsblatt**

# **KERNSPINTOMOGRAPHIE**

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Sie sind von Ihrem behandelnden Arzt zur Durchführung einer kernspintomographischen Untersuchung überwiesen worden.

Bei dieser Untersuchungsmethode werden weder Röntgenstrahlen noch radioaktive Substanzen verwendet.

Die hierbei durch ein Magnetfeld erzeugten, gemessenen Signale, werden von einem Computer in ein Bild umgewandelt.

Die Untersuchung ist für Sie völlig schmerzlos, dauert jedoch ca. ½ Stunde.

Wichtig für die Qualität der Untersuchung ist, dass Sie während der eigentlichen Messungen, die jeweils einige Minuten dauern, absolut ruhig liegen.

Während der Messungen hören Sie ein lautes, regelmäßiges Klopfen das normal ist, und Sie nicht beunruhigen soll.

Sie sind über Gegensprechanlage und Videokamera mit dem Untersucher verbunden, und können durch das Zusammenpressen eines kleinen Ballons in Ihrer Hand jederzeit direkt Kontakt zu uns herstellen.

Bitte achten Sie darauf, Arme und Beine nicht zu überkreuzen!

Die MR – Tomographie ist eine völlig ungefährliche Untersuchung. Bestimmte Metallteile im Körper können jedoch die Untersuchungsmöglichkeit einschränken.

**Deshalb bitten wir Sie, das Aufklärungsblatt genau auszufüllen.**

Mit freundlichen Grüßen  
das Team der Magnetresonanztomographie