

Nürnberg Sana Klinik
Weiltinger Str. 13
90449 Nürnberg

Nürnberg Ost
Äußere Sulzbacher Str. 124a
90491 Nürnberg

Fürth Mitte
Bahnhofplatz 6
90762 Fürth

Fürth Süd
Benno-Strauß-Str. 1
90763 Fürth

Coburg
Mohrenstr. 8
96450 Coburg



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur bestmöglichen Vorbereitung Ihrer Untersuchung und für die Information des Arztes vor Ihrem Arztgespräch bitten wir Sie um nachfolgende Angaben:

Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	Private Versicherung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ / Wohnort	Hauptversicherter
<input type="text"/>	<input type="text"/>

! Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Leiden Sie unter Platzangst ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Befinden sich an oder in Ihrem Körper Metallteile ? (z. B. Metallplatten, Gelenkersatz, Gefäßclips, Piercing, künstliche Herzklappen, Insulin-Zytostatika-Pumpen, Cochlea-Implantate, Granatsplitter o. ä.) Falls ja, welche? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsen-, Herzerkrankung) / eingeschränkter Nierenfunktion? Falls ja, welche? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Sind Allergien bekannt? (Wenn Sie einen Allergiepass besitzen, legen Sie diesen bitte vor) Falls ja, welche? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Sind bei Ihnen akute oder chronische Infektionskrankheiten bekannt? (Hepatitis, Tuberkulose oder HIV / AIDS) Falls ja, welche? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Wurden Sie schon einmal operiert? Falls ja, wann und welches Körperteil? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Tragen Sie ein Hörgerät? (Muss zur Untersuchung unbedingt abgenommen werden)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Tragen Sie eine Perücke oder Kontaktlinsen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Sind Sie geschminkt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Sind sie schwanger ? Termin der letzten Periode? _____ (Beim Tragen einer Spirale, empfiehlt sich nach einer Kernspintomographie die Kontrolle über Ihre Frauenärztin / Ihren Frauenarzt über die korrekte Lage)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Stillen Sie zur Zeit? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten

Körpergewicht (kg) _____ **Körpergröße (cm)** _____

Ich bin über den Ablauf der Untersuchung unterrichtet und mit der Untersuchung einverstanden. Ich bin – falls erforderlich – mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden. Bei weiteren Fragen sprechen Sie uns bitte an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt eines Exemplars dieses Schreibens. **Bei Untersuchungen Minderjähriger ist die Einverständniserklärung der Eltern erforderlich.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Betreuer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Kernspintomographie ist eine diagnostische Methode, die **ohne** Anwendung von Röntgenstrahlen Bilder von fast allen Bereichen des menschlichen Körpers liefert. Diese Bilder werden mit Hilfe eines großen Magneten, einer Antenne zum Senden und Empfangen von Radiowellen und eines Computers erstellt. Schädigende Nebenwirkungen durch die Untersuchung sind **nicht** bekannt. Trotz dieser Untersuchungsmöglichkeiten sind bei manchen Fragestellungen die bisherigen Röntgenmethoden und die mit Röntgenstrahlen arbeitende Computertomographie aber unverzichtbar.

Nachdem Sie in eine Umkleidekabine geführt worden sind, bitten wir Sie, sämtliche Gegenstände aus Metall abzulegen und dort zu belassen. Lassen Sie bitte auch Ihren Zahnersatz, Ihren Schmuck, Geldbörse, Scheckkarten, Brille und Armbanduhr in der Kabine zurück. Die Untersuchungsdauer beträgt je nach Fragestellung **zwischen 10 bis 30 Minuten**.

Der Untersuchungsmagnet ist wie eine von beiden Seiten offene Röhre mit angenehmer Beleuchtung und Lüftung aufgebaut. Zur Untersuchung werden Sie auf einer gepolsterten Liege in die Öffnung der „Röhre“ gefahren. Während der Untersuchung können Sie sich jederzeit durch eine **Klingel** bemerkbar machen. Während der Untersuchung werden mehrere Dutzend Bilder in ca. 4 bis 5 einzelnen Messsequenzen erstellt; die durchschnittliche Messzeit

für eine solche Bildfolge beträgt 4 Minuten. Den Beginn der Messung erkennen Sie an einem monotonen, zum Teil lauten Klopfgeräusch, das über die gesamte Messzeit anhält. Sie erhalten einen Ohrschutz. Es ist äußerst wichtig, dass Sie ruhig liegen, da jede Bewegung Störungen in den gemessenen Bildern verursacht.

Zur genauen Abklärung Ihres Krankheitsbildes ist unter Umständen die Anwendung eines **Kontrastmittels** erforderlich. Das Kontrastmittel erlaubt einen besseren Nachweis und eine bessere Abgrenzung auch kleinster krankhafter Veränderungen. Ob bei Ihnen ein Kontrastmittel zum Einsatz kommt, ist häufig erst im Verlauf der Untersuchung zu beurteilen. Das gadoliniumhaltige Kontrastmittel wurde speziell für die Kernspintomographie entwickelt. Es ist **nicht** identisch mit Röntgenkontrastmitteln, es enthält insbesondere **kein Jod** (kann also auch **keine Jodallergien** verursachen) und erweist sich als sehr verträglich. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass es bei jeder Verabreichung gadoliniumhaltiger MR-Kontrastmittel zu Freisetzung und Ablagerung des Kontrastmittels im Körper kommen kann. Zum derzeitigen Zeitpunkt sind die langfristigen Risiken unbekannt. Eindeutige Hinweise für eine Schädigung wurden bisher nicht festgestellt. Falls Sie weitere Fragen bezüglich der Sicherheit haben, halten wir aktuelles Informationsmaterial für Sie bereit. Das Kontrastmittel wird Ihnen über eine Armvene verabreicht. An der Einstich-

stelle kann es – wie bei jeder Venenpunktion – in sehr seltenen Fällen zu einer Venenentzündung, Nachblutung und /oder Gefäßverletzung mit Thrombose kommen.

In Einzelfällen können durch die Kontrastmittelgabe allergische Reaktionen (Überempfindlichkeitsreaktionen) auftreten, die schnell von selbst wieder abklingen und in der Regel keiner Behandlung bedürfen. Äußerst selten sind schwerwiegende Reaktionen, die eine sofortige medizinische Behandlung erfordern. Diese Komplikationen können lebensbedrohlich sein und auch zu bleibenden Schäden (z.B. Nierenversagen Hirnschäden) führen. Die Wahrscheinlichkeit einer solchen, schweren Komplikation ist jedoch umgerechnet auf die Gesamtzahl der Untersuchungen verschwindend gering. Während und /oder nach der Untersuchung kann es zu Ohrgeräuschen (Tinnitus) kommen, diese klingen meist von selbst wieder ab.

Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen für weitere Fragen gerne zur Verfügung. Der schriftliche Befund wird in der Regel innerhalb der nächsten 24 Stunden zum überweisenden Arzt gefaxt.

Bitte teilen Sie uns mit, ob von dem Befund eine Krankschreibung abhängt oder Sie bereits einen Besprechungstermin mit Ihrem behandelnden Arzt vereinbart haben. Wir möchten jede unnötige Verzögerung vermeiden.

Klinische Angaben (NICHT vom Patienten auszufüllen)	MA-Kürzel
Kontrastmittel <input type="radio"/> MIT <input type="radio"/> OHNE	
Welche Beschwerden?	
Unfall / akut / chronisch?	
Welches Körperteil? <input type="radio"/> LINKS <input type="radio"/> RECHTS	
Bekannte Tumorerkrankungen?	
Bestrahlung wegen Tumoren?	
Befunde / Bilder?	

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin