

Checkliste zur Vorbereitung auf die MR Mammographie

1. Haben Sie bekannte Allergien/ Unverträglichkeiten? Wenn Sie schon eine MRT-Untersuchung hatten, gab es allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel?

Wenn Sie einen Allergie-Pass besitzen, bringen Sie diesen bitte zur Untersuchung mit.

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher/ Defibrillator oder ein Cochleaimplantat?

In diesem Fall ist eine MRT-Untersuchung nicht möglich. Wir beraten Sie gerne über alternative Untersuchungsmöglichkeiten.

3. Wurden Ihnen Herzklappen oder Aneurysmaclips im Kopf implantiert?

Sprechen Sie uns bitte im Vorfeld bereits bei der Terminvergabe darauf an.

4. Besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion?

Da bei der Untersuchung ein Kontrastmittel verabreicht werden muss, ist das Mitbringen eines aktuellen Kreatinin-Wertes erforderlich.

5. Leiden Sie unter Klaustrophobie?

Patienten mit Platzangst können vor der Untersuchung ein leichtes Beruhigungsmittel erhalten. Wir weisen Sie darauf hin, dass dieses Mittel das Reaktionsvermögen herabsetzt und Sie 24 Stunden nicht im Straßenverkehr teilnehmen dürfen und keine schweren Maschinen betätigen dürfen. Sorgen Sie bitte dafür, dass Sie aus der Praxis abgeholt werden.

Sie können eine Begleitperson auch in den Untersuchungsraum zur Beruhigung mitnehmen, für diese Person gelten aber dieselben Voraussetzungen bezüglich Metall im Körper.

6. Tragen Sie Piercings aus Metall oder haben Tätowierungen?

Entfernen Sie bitte wenn möglich die Piercings bereits zuhause. Falls Sie diese nicht entfernen können, nennen Sie uns bitte im Vorfeld das Metall, aus dem sie gefertigt sind. Bei Tätowierungen geben Sie uns bitte im Vorfeld Bescheid.

7. Verzichten Sie bitte am Tag der Untersuchung auf Schminke und Haarprodukte, da diese Metallanteile enthalten können.

8. Voraufnahmen/ Berichte/ Befunde

Bitte bringen Sie alle Voraufnahmen und -befunde von auswärtigen Untersuchungen oder Berichte von stationären Aufenthalten und Operationen zur Untersuchung mit. Diese sind für die Beurteilung Ihrer Aufnahmen wichtig.

Checkliste Kompakt:

Informationen bei Terminvergabe:

- Herzschrittmacher/ Defibrillator/ Choleaimplantat?
- Künstliche Herzklappen oder Aneurysmaclip?
- Platzangst?
- Nicht herausnehmbare Piercings oder Tätowierungen?
- Allergien/ Unverträglichkeiten gegenüber Kontrastmitteln?

Zur Untersuchung mitbringen:

- Chipkarte (Krankenkasse)
- Überweisungsschein
- Laborwerte bei eingeschränkter Nierenfunktion
- Ergebnisse von Voruntersuchungen und Berichte



Weitere Infos unter

www.radiologie-foersterling.de

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die heutige Untersuchung und eine eventuell erforderliche Kontrastmittelgabe bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen gründlich auszufüllen.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Telefonnummer: _____ Körpergröße (cm): _____
Gewicht (kg): _____ Hausarzt: _____

Gegebenenfalls Zutreffendes bitte unterstreichen!

1. Wurden Sie am Herzen operiert, z.B. **Herzschrittmacher**, **Defibrillator** oder eine **Herzklappe**? nein ja
2. Haben Sie Metallteile im Körper z.B. Endoprothesen? nein ja
a. Wenn ja, welche? Seit wann? _____
3. Tragen Sie technische Geräte im / am Körper, z.B. **Insulinpumpe**, **Diabetes-Sensor** oder **Schmerzpumpe**? nein ja
4. Tragen Sie ein **Hörgerät** oder ein **Cochlea-Implantat**? nein ja
5. Haben Sie Platzangst/ Klaustrophobie? nein ja
6. Haben Sie eine **Jodallergie** oder **Kontrastmittelallergie**? nein ja
7. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? nein ja
a. Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____
8. Liegt bei Ihnen eine Zuckererkrankung vor? nein ja
a. Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____
9. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? nein ja
10. Sind Sie mit einer ggf. notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden? nein ja
11. Für Frauen im gebärfähigen Alter:
a. Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Salzgitter, den _____

Unterschrift Patient/in