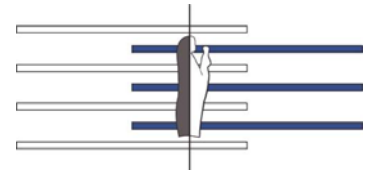


Name:

Vorname:

Geb.:

Überweiser:



MARIENHOSPITAL GELSENKIRCHEN GMBH  
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS

ABTEILUNG FÜR RADIOLOGIE UND  
NUKLEARMEDIZIN

CHEFARZT PD DR. MED. UWE KESKE

VIRCHOWSTRASSE 122  
45886 GELSENKIRCHEN  
TELEFON: 0209 / 172 - 4000  
TELEFAX: 0209 / 172 - 4099

## Informationen für unsere Patientinnen zur Magnetresonanztomographie der Brust

Sehr geehrte Patientin,

Sie sind zur Magnetresonanztomographie der Brust überwiesen worden.

Dies ist eine sehr exakte Methode, um Veränderungen des Brustgewebes zu beurteilen und einen Tumor auszuschliessen.

Anstelle von Röntgenstrahlen werden Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Damit sind Gewebeinformationen zu erhalten, die mit anderen Methoden nicht zu gewinnen sind.

### Mögliche Komplikationen

Schädigende Wirkungen sind nach dem derzeitigen Stand unseres Wissens nicht bekannt. Ein bestimmter Personenkreis kann jedoch – um Risiken zu vermeiden – mit dieser Methode nicht untersucht werden. Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen:

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind in Ihrem Körper Metallteile? Hierzu zählen z.B.: Metallprothesen, Metallclips, Metallsplitter (auch Granatsplitter), Insulin-/Infusionspumpen, Herzklappen, Stimulationssonden, Mittelohrprothesen, Schrauben in Knochen., Intrauterinpressare (Spiralen) mit Metallanteilen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Festsitzende Zahnprothesen/-füllungen stören nicht, entfernbare Prothesen bitte herausnehmen!</i>   |                          |                          |
| • Waren Sie jemals als Metallarbeiter tätig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Könnten Sie schwanger sein?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tragen Sie bitte Ihr Körpergewicht ein!  |                          | kg                       |

\_\_\_\_\_

### **Durchführung der Untersuchung**

Sie liegen in Bauchlage auf einer beweglichen Liege, die sich langsam ungefähr 1 bis 2 m in die etwa 50 cm große Öffnung des Gerätes bewegt. Die Gesamt-Untersuchungszeit beträgt ca. 45 Minuten. Während der einzelnen Messungen, welche mit einem Klopfgeräusch einhergehen, sollten Sie ruhig und entspannt liegen. Während der Untersuchung stehen wir in ständigem Kontakt mit Ihnen.

### **Kontrastmittelgabe**

Für die Durchführung der Untersuchung ist die intravenöse Verabreichung eines Kontrastmittels über eine Kanüle erforderlich.

Bei dem verwendeten Kontrastmittel handelt es sich um ein Gadolinium-Präparat, welches speziell für die Kernspintomographie entwickelt wurde und sehr gut verträglich ist.

Sehr selten wurden leichte Nebenwirkungen wie kurzzeitige lokale Wärme- bzw. Schmerzgefühle in Zusammenhang mit der Venenpunktion und der Kontrastmittelinjektion beschrieben. Bei rascher Injektion können in manchen Fällen Geschmacksempfindungen auftreten. Allergische Reaktionen sind möglich, aber sehr selten.

### **Wir benötigen einige Angaben von Ihnen**

Um eine exakte Diagnose stellen zu können, benötigen wir noch einige zusätzliche Angaben über frühere Erkrankungen und Medikamente:

Weswegen sind sie aktuell zu uns überwiesen worden?

Wann war Ihre letzte Periode?

Haben Sie Kinder, wenn ja, wie viele?

Wie lange haben Sie gestillt?

Haben Sie eine Mastitis / Brustentzündung gehabt?

Sind Sie schon einmal an der Brust operiert worden? Warum? Wann / welche Seite?

Nehmen Sie Hormonpräparate (Pille/Hormonersatzpräparate/Schilddrüsenhormone) oder haben Sie früher welche genommen und wie lange?

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Brustkrebs (wer, Erkrankung in welchem Alter?)

Gibt es Voruntersuchungen, welche, wann und wo?

### **Wie können Sie zum Gelingen der Untersuchung beitragen?**

Das Gelingen der Untersuchung hängt entscheidend von Ihrer Mitarbeit ab:  
Bitte bleiben Sie während der ganzen Untersuchung möglichst ruhig liegen. Geringe Bewegungen im Brustbereich führen zu einer deutlich geringeren Bildqualität.

### **Bitte beachten Sie**

Legen Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes *Uhr, Wertsachen, Schmuck, Kugelschreiber, Scheckkarten mit Magnetstreifen, Haarspangen, Haarteile, Augen-Make-up, Kleidungsstücke mit Metallteilen (z.B. Reißverschluss, Druckknöpfe), Zahnprothesen, Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte und alle anderen Metallteile* in der Kabine ab.

### **Einwilligung zur Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel**

Notizen des aufklärenden Arztes:

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass aus ärztlicher Sicht eine Indikation für die Anwendung des Kontrastmittels besteht. Ich willige hiermit in die Untersuchung ein.

Datum: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Zeuge: \_\_\_\_\_

**Tastbefund:**

**Inspektion:**

<i>SEQUENZ</i>	<i>BILDNUMMER</i>
Scout	
T2 TSE	
T2 Tirm	
T1 FL3d Test	
T1 FL3d Nativ	
T1 FL3d 0-90 sec.	
T1 FL3d 90-180 sec.	
T1 FL3d 180-270 sec.	
T1 FL3d 270-360 sec.	
T1 FL3d 360-450 sec.	
Subtraktion 0-90 sec. minus nativ	
Subtraktion 180-270 sec. minus nativ	
Subtraktion 360-450 sec. minus nativ	

**Kontrastmittelmenge: \_\_\_\_\_ml Magnevist**