

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie sind uns von Ihrem Arzt zu einer speziellen MR-Untersuchung des Hüftgelenks zugewiesen worden. Die Aussagekraft dieser Untersuchung ist nach einer Kontrastmittelinjektion ins Gelenk deutlich besser als ohne diese Injektion. Das Kontrastmittel im Gelenk lässt krankhafte Zustände erkennen, welche ansonsten oft verborgen bleiben. So können zum Beispiel bereits sehr feine Risse in Sehnen und im Knorpel erkannt werden.

### Ablauf der Untersuchung

Die Kontrastmittelinjektion erfolgt vor der MR-Untersuchung in einem anderen Raum. Der Grund dafür ist, dass der Stich vom Radiologen gezielt (unter Verwendung eines Röntgen-/Durchleuchtungsgerätes) durchgeführt wird.

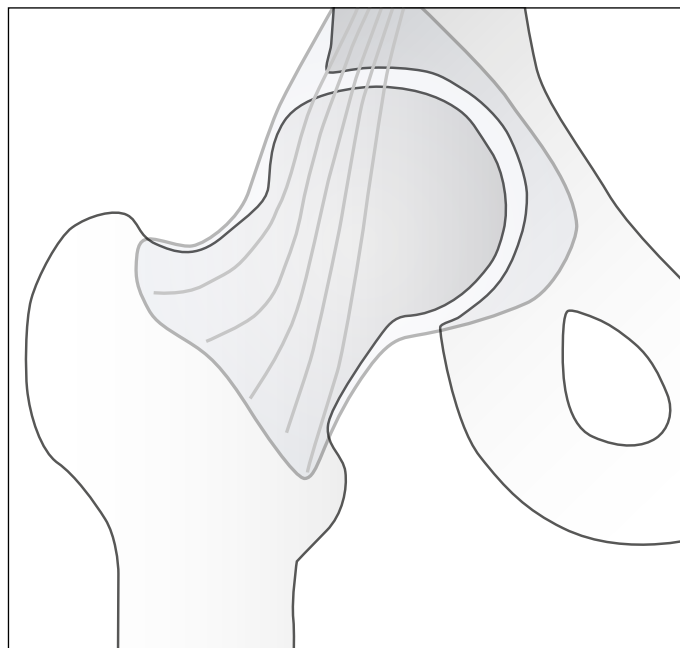
Die Injektion wird nach Desinfektion der Einstichstelle und sterilem Abdecken durch den Radiologen durchgeführt. Die verwendeten Nadeln sind meist dünner als solche, welche üblicherweise für Blutentnahmen verwendet werden. Nach dem Hautdurchstich erfolgt meist eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie). Anschliessend wird die Nadel gezielt etappenweise zum Hüftgelenk vorgeschoben. Sobald das Gelenk erreicht ist, wird wenig Röntgenkontrastmittel gespritzt, damit das MR-Kontrastmittel danach mit Sicherheit ins Gelenk gelangt. Sie können beim Spritzen des MR-Kontrastmittels ein Druckgefühl im Gelenk verspüren.

Nach Entfernen der Nadel werden sie von der Röntgenassistentin zum MR-Gerät begleitet. Die MR-Untersuchung dauert ca. 25 bis 30 Minuten; Sie sollten sich dabei möglichst nicht bewegen.

### Welche Nebenwirkungen können auftreten?

- Es können einige Stunden nach der Untersuchung Schmerzen am Hüftgelenk auftreten, welche maximal einen Tag andauern können.
- Allergien sind gegenüber venös gespritztem Kontrastmittel deutlich seltener.
- Selten kann sich ein Bluterguss bilden.
- Infektionen sind sehr selten (Wahrscheinlichkeit weniger als 1:10'000).

Auf dem untenstehenden Bild wird Ihnen der Radiologe auf Wunsch die Einstichstelle zeigen.



Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>

Bitte beantworten Sie folgende Fragen	Ja	Nein
Nehmen Sie Blutverdünner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Infektionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie diese Informationen verstanden haben und mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden sind so unterschreiben Sie bitte unten. **Selbstverständlich dürfen Sie uns vor und während der Untersuchung jederzeit Fragen stellen.**

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift Patient/Patientin:	<input type="text"/>	Radiologe:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------------------------	----------------------	------------	----------------------

