

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie wurden uns von Ihrem behandelnden Arzt zur **Kernspintomographie** (auch Magnetresonanztomographie=MRT) überwiesen. Lassen Sie sich kurz über das Prinzip dieser Methode informieren.

Prinzip – Methode der MRT

Bei der **Kernspintomographie** kommen keine radioaktiven Strahlen zum Einsatz. Für die Bildentstehung werden die natürlichen magnetischen Eigenschaften des menschlichen Körpers (Atomkerne) genutzt. Zur Registrierung der Signale für die Bilder sind ein äußeres Magnetfeld und Radiowellen erforderlich. Für die Untersuchung werden Sie auf einer Liege in die Öffnung des Gerätes hineingefahren. Die Untersuchung dauert – in Abhängigkeit von der jeweiligen Fragestellung – für eine Körperregion ca. 20 Minuten. Sie werden laute Klopfgeräusche hören, die auf Schaltmechanismen beruhen. Als Gehörschutz haben sich Kopfhörer bewährt, über welche wahlweise angenehme Musik eingespielt wird. Sie, insbesondere Kinder, können ihre Lieblings-CD mitbringen. Der Untersuchungsbereich ist klimatisiert. Bei bestimmten diagnostischen Fragen ist die Anwendung eines speziellen Kontrastmittels (KM) erforderlich, welches über eine Vene in das Blutgefäßsystem gespritzt wird. Dieses Kontrastmittel ist nicht jodhaltig und gut verträglich. Nur in Ausnahmefällen wurde über geringfügige Nebenwirkungen berichtet (Übelkeit, Erbrechen). Bitte beachten Sie, dass Sie bei einer KM-Gabe 4 Stunden vorher nichts mehr essen. Notwendige Medikamente dürfen mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden. Entfernbare Zahnprothesen müssen vor einer KM-Gabe herausgenommen werden.

Achtung: Metallgegenstände!

Zu schweren Schädigungen am Gerätesystem und zu Störungen der Bildqualität können Metallgegenstände führen, die in den Untersuchungsraum mitgenommen werden. Deshalb sind unbedingt folgende Gegenstände in der Patientenkabine abzulegen: Kugelschreiber, Uhren, Schlüssel, Geldmünzen, Ohringe, Hörgeräte, Haarspangen, Taschenmesser, Gürtel o. ä. mit Metallteilen, BH. Bei Kopfuntersuchungen keine Wimperntusche oder Lidschatten auftragen (eisenhaltig!). Bitte weisen Sie uns auf Tattoos, Permanent-Make-up und Piercings hin. Piercings müssen entfernt werden. Scheckkarten und andere elektronische Datenträger keinesfalls in den Untersuchungsraum mitnehmen. Sie werden durch den Magneten gelöscht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht (kg): _____ Größe: _____

Bemerkungen: _____

Aufklärung MRT-Untersuchung (Kernspintomographie)

Achtung: Risiken!

Patienten mit Herzschrittmacher dürfen nicht mit diesem Verfahren (MRT) untersucht werden (Lebensgefahr!).

Bestimmte Metallimplantate im Körper verbieten die MRT-Untersuchung. Im oder am Körper getragene elektronische Geräte können durch das Magnetfeld in ihrer Funktion beeinträchtigt oder gelöscht werden.

Bitte beantworten Sie deshalb zur Überprüfung möglicher Risiken folgende Fragen:

- | | | |
|---|-------------------------------|---|
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Tragen Sie elektronische Geräte am oder im Körper? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Gibt es Metallteile in Ihrem Körper? (Metallprothesen, Clips, Ohrimplantate, Stents, Herzklappenersatz usw.)
Bitte Implantatpass mitbringen! | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, welche |
| Tragen Sie magnetischen Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sind Sie beruflich kleinen Metallsplintern ausgesetzt gewesen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sind bei Ihnen Operationen am Kopf (Nase, Augen, Ohr, Gehirn, Zähne, Gefäße) durchgeführt worden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, wann / welche |
| Hatten Sie Operationen im Bereich der Wirbelsäule? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, wann / welche |
| Hatten Sie andere Operationen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, wann / welche |
| Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. HIV, Tbc, Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Haben Sie eine Allergie? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, welche |
| Ist eine Krebserkrankung bekannt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, wann / welche |
| Könnten Sie schwanger sein? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Einverständniserklärung
Ich bin über die zu erfolgende Untersuchung und deren mögliche Gefahren unterrichtet worden und mit ihrer Durchführung einverstanden. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Wenn erforderlich willige ich auch in eine intravenöse Kontrastmittel-Injektion ein. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |