

Patientenaufklärung zu Ihrer Magnetresonanz- (Kernspin-) Tomographie (MRT)

Bitte beachten Sie: Bei einer späteren Abholung von Bildern / Befunden sind unsere Mitarbeiter verpflichtet, Ihren Ausweis einzusehen. Bei einer Abholung durch Dritte ist eine Vollmacht erforderlich.

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

MRT des _____ Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg): _____
(zu untersuchende Körperregion)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

die Kernspintomographie ist ein modernes Untersuchungsverfahren, das **ohne** Röntgenstrahlung auskommt. Mittels eines starken Magnetfeldes und eines Sende- und Empfängersystems für Radiowellen werden von einem Computer Schnittbilder der untersuchten Körperregionen erzeugt.

Bei der Untersuchung werden hochspezifische Gewebeunterscheidungen, vor allem nichtknöcherner Strukturen, wie Weichteile (Muskeln, Haut etc.), Organe, Gelenkknorpel, Bandscheibe und Gehirn, möglich. Auch kleine Entzündungsherde sind auf diese Weise sichtbar zu machen.

Untersuchungsablauf

Es ist wichtig, dass Sie ruhig und entspannt liegen. Durch Ihre Mitarbeit kann die Untersuchungsdauer reduziert und die Qualität der Aufnahmen verbessert werden. Sie liegen während der Untersuchung auf einer speziellen Liege, die langsam in die Öffnung des Magneten gefahren wird. Hier ist es hell, gut belüftet und zu beiden Seiten offen. Während der Untersuchung können wir Sie hören und sehen, zusätzlich erhalten Sie einen Klingelknopf. Die Untersuchung dauert ca. 15-45 Minuten (je nach Fragestellung). Außerdem werden Sie von den MTA durch eine große Glasscheibe überwacht. Es entstehen während der Messung relativ laute Klopfgeräusche durch elektromagnetische Schaltungen. Sie erhalten einen Kopfhörer, um diese Geräusche zu verringern.

Kontrastmittel

Bei bestimmten Fragestellungen ist eine Kontrastmittelgabe in eine Armvene notwendig. Gelegentlich kann dies der Arzt aber erst während der Untersuchung entscheiden. Die verwendeten Kontrastmittel sind sehr gut verträglich. Nur äußerst selten werden geringfügige Nebenwirkungen, wie Juckreiz oder Übelkeit, beobachtet. Stärkere Unverträglichkeitsreaktionen lassen sich (wie bei anderen Medikamenten auch) niemals vollständig ausschließen, sind aber äußerst selten. Um Risiken und das Eintreten eventueller Nebenwirkungen zu vermeiden, möchte ich Sie bitten den umseitigen **Fragebogen gewissenhaft auszufüllen**.

Schwangerschaft

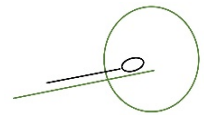
Es gibt bislang keinerlei Hinweise auf Schädigungen des Fötus bei oder nach einer MRT-Untersuchung. Die Einflüsse einer MRT auf den ungeborenen menschlichen Organismus sind aber noch nicht abschließend untersucht, so dass bei Schwangeren die Indikation zur MRT nach umfangreicher Nutzen- Risiko-Analyse durch den Arzt gestellt wird. Teilen Sie dem Arzt bzw. dem Fachpersonal unbedingt mit, falls Sie schwanger sind oder wenn der Verdacht auf eine Schwangerschaft besteht.

Metallhaltige Gegenstände

Gegenstände aus Metall können bei der Untersuchung stören und unter bestimmten Umständen sogar für den Patienten gefährlich sein. Elektronikartikel und Magnetstreifen von EC- bzw. Kreditkarten werden durch das Magnetfeld beschädigt.

Deshalb müssen alle metallhaltigen Gegenstände, Magnetkarten und Elektronikartikel vor Betreten des Untersuchungsraums abgelegt werden, z. B.: Uhr, Brille, Schlüssel, Feuerzeug, Mobiltelefon, Organizer etc., lose Münzen, Geldbeutel, Kreditkarten, Taschenmesser, Schmuck, Piercing, Kugelschreiber, Haarspangen, metallhaltige Kleidung (Druckknöpfe, Reißverschluss, Bügel-BH, Verschlüsse an BH und anderen Kleidungsstücken, eingewobene Metallteile, Gürtel, Schuhe, Hörgeräte, Langzeit-EKG-Geräte, Langzeit-Blutdruckmessgeräte, herausnehmbarer Zahnersatz und Zahnspangen.

Ihre Wertgegenstände können in der Umkleidekabine eingeschlossen werden.



Vermeidung von Risiken

Die Kernspintomographie darf bei einem bestimmten Personenkreis nicht durchgeführt werden. Zur Vermeidung von möglichen Risiken, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen.

Bitte ankreuzen:

Wurden Sie / Ihr Kind am Herzen oder am Kopf operiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Allergie / Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten, Pflaster oder Kontrastmitteln?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine starke Einschränkung der Nierenfunktion oder eine andere Nierenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist der Nierenfunktionswert bekannt (GFR, Kreatinin)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Müssen Sie regelmäßig zur Blutwäsche (Dialyse)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie bereits einmal MRT-Kontrastmittel i. v. erhalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Patientinnen mit kleinen Kindern: Stillen Sie derzeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde bereits eine MRT oder CT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo und wann? _____		
Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit (z. B. Hepatis, HIV, Tbc)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht ein erhöhter Augeninnendruck („Grüner Star“)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

In Ihrem Körper tragen Sie ein /einen / eine / mehrere

Herzschrittmacher / implantierter Defibrillator (AICD)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Künstlichen Herzklappenersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gefäßstützen (Stents), insbesondere medikamentös beschichtete Stents	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gefäßclips (Aneurysma-Clips) im Kopf	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stimulationssonden / Reizelektroden (z. B. Hirn- oder Blasenschrittmacher)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Innenohrprothese (Cochlear Implant) oder Mittelohrprothese (z. B. „Vibrant Soundbridge“)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hörgerät	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Medikamentenpumpen (z. B. Insulinpumpe, Schmerzmittelpumpe)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zahnsperre / Zahnersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ventrikelschunt (Hirnwasserableitung in den Bauchfellraum oder in den Herzvorhof)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Metallimplantate nach OP, Gliedmaßenprothesen oder künstliche Gelenke (Knie, Hüfte, Schulter)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Piercing, Permanent Make-up oder Tätowierungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Metallsplitter u. -fremdkörper (Granatsplitter, Splitterverletzungen, z. B. auch n. Schweißarbeiten)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Falls bekannt, geben Sie die Materialzusammensetzung (z. B. Titan, Stahl) und das ungefähre Implantationsjahr an: _____		

Andere Metallimplantate

Intrauterinpeppar („Spirale“) - wenn ja, lassen Sie bitten den korrekten Sitz Ihrer Spirale nach der Untersuchung bei Ihrer Gynäkologin überprüfen!	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Patienteninformationsverpflichtung: Dieses Formular wird bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens auszuhändigen. Wenn Sie darauf verzichten möchten, bitte hier ankreuzen: Ich benötige keine Kopie

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzl. Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift Radiologin