



Patienten ID: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Patient/in

bei Ihnen soll eine **Kernspintomographie** (auch **Magnetresonanztomographie** oder kurz **MRT** genannt) durchgeführt werden.

Dies ist eine Untersuchung ohne Röntgenstrahlen. Die Bilder entstehen in einem Magnetfeld mit Hilfe von Radiowellen. Daher ist die Untersuchung für Sie unschädlich und ungefährlich, sofern einige wichtige Sicherheitsaspekte beachtet werden.

Sie liegen zur Untersuchung auf einer Liege (meist in Rückenlage) und werden in die große Öffnung des Kernspintomographen hineingefahren. Während das Gerät Bilder in verschiedenen Schnittebenen von Ihrem Körperinneren aufnimmt, entstehen laute Klopfgeräusche durch elektronische Schaltvorgänge. Als Gehörschutz müssen Sie daher die bereitgehaltenen Ohrstöpsel verwenden. Bei Patienten mit Tinnitus kann in seltenen Fällen das Ohrgeräusch durch die Lärmbelastung verstärkt werden. Für diese Patienten ist der Gehörschutz besonders wichtig.

Liegen Sie bitte ruhig und entspannt und atmen gleichmäßig ein und aus. Vermeiden Sie alle unnötigen Bewegungen (z.B. auch Husten), da dies zu unschärferen Bildern führen kann.

Die Dauer der MRT-Untersuchung beträgt 15-30 Minuten. Über eine Wechselsprechanlage können wir uns mit Ihnen unterhalten. Sie selbst halten einen kleinen Ballon in der Hand, mit dem Sie bei besonderen Vorkommnissen (wie z.B. Schmerzen, Übelkeit, Unwohlsein etc.) sofort einen Alarm auslösen können. Wir kümmern uns dann umgehend um Sie.

In einigen Fällen ist die Einspritzung eines Kontrastmittels in die Armvene erforderlich, um die Durchblutung und den Aufbau von Gewebsstrukturen darstellen zu können.

Dieses Kontrastmittel wird in aller Regel sehr gut vertragen. Ganz vereinzelt kann es zu allergischen Reaktionen wie Juck- oder Niesreiz, Hautrötung oder Hautausschlag, Übelkeit, Luftnot und anderen Symptomen kommen. Gefährliche Kreislaufreaktionen treten extrem selten auf. Auf die Behandlung aller möglichen Kontrastmittelnebenwirkungen sind wir natürlich eingestellt.

**Nur wenige Patienten dürfen nicht im MRT untersucht werden:**

**Patienten mit Herzschrittmachern, Cardio-Defibrillatoren (ICD), Insulinpumpen, Neurostimulatoren, Gefäßclips (-klemmen), Metallsplintern im Kopf bzw. Auge; Patienten mit Cochlea-Implantaten (CI) dürfen nur in Sonderfällen in das MRT ! Schwangere untersuchen wir nur nach strenger Prüfung der Notwendigkeit (Indikation).**

Andere Metallteile im Körper (z.B. Hüft- oder Knie-TEP, Gefäßstents, Drahtcerclagen, künstliche Herzklappen) sind meist unkritisch, müssen uns aber bekannt sein.

**Betreten Sie den MRT-Untersuchungsraum niemals mit losen Metallteilen** (z.B. Haarspangen, Schlüssel, Piercings, Münzen in der Hosentasche). Sie können sich hierdurch gefährden. Bei großflächigen Tätowierungen oder Permanent Make-up kann es in Einzelfällen zu lokalen Hauterwärmungen kommen; bitte informieren Sie uns vorab.

Hörgeräte, Uhren, Magnetkarten oder Handys werden durch das Magnetfeld beschädigt und müssen in der Umkleidekabine verbleiben. **Beachten Sie daher bitte die Warnhinweise, die in den Umkleidekabinen aushängen bzw. die Anweisungen unseres Personals.**

Patientinnen, die zur Empfängnisverhütung eine metallhaltige Spirale in der Gebärmutter tragen, sollten diese im Anschluss an die MRT-Untersuchung von ihrem Frauenarzt auf korrekten Sitz überprüfen lassen.

.....bitte wenden

# Radiologische Gemeinschaftspraxis Metzingen - Reutlingen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Um die MRT-Untersuchungsrisiken möglichst gering zu halten bzw. auszuschließen, bitten wir Sie um die gewissenhafte Beantwortung folgender Fragen:**

1. Ihre **Größe**: ..... cm ;      Ihr **Körpergewicht**: ..... kg
2. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher** oder einen **Defibrillator**?      Ja     Nein
3. Tragen Sie eine **Insulinpumpe** oder einen **Neurostimulator**?      Ja     Nein
4. Tragen Sie eine **Innenohrprothese** (Cochlea-Implantat)?      Ja     Nein
5. Tragen Sie ein **Hörgerät**?      Ja     Nein
6. Haben Sie **Gefäß-Clips** oder **Stents**?      Ja     Nein   
    Wenn ja, seit wann und wo? .....
7. Haben Sie **Metallteile im Körper** (Metallsplitter, Herzklappe, Drähte, Nägel, Schrauben, Gelenkprothesen, Zahnspange)?      Ja     Nein   
    Wenn ja, welche und wo? .....
8. Wurden Sie am **Herzen, Kopf** oder **Auge operiert**?      Ja     Nein   
    Wenn ja, wann und wo? .....
9. Tragen Sie großflächige **Tätowierungen, Permanent Make-up** oder **Piercings**      Ja     Nein
10. Haben Sie **Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit auf Medikamente oder Kontrastmittel, usw....)?      Ja     Nein   
    Wenn ja, welche? .....
11. Haben Sie eine **Nierenerkrankung** mit reduzierter Nierenfunktion?      Ja     Nein   
    Wenn ja, welche? .....
12. Haben Sie **Infektionskrankheiten** (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS)?      Ja     Nein
13. Haben Sie **Angst** in engen Räumen?      Ja     Nein
14. Wurde bei Ihnen **früher** bereits eine **Kernspintomographie (MRT)** durchgeführt?      Ja     Nein   
    Wenn ja, wo, wann, welche Körperregion?.....  
    .....
15. Traten bei einer solchen Untersuchung **Komplikationen** auf?      Ja     Nein   
    Wenn ja, welche? .....
16. Sind Sie **Schwanger** oder **stillen** Sie?      Ja     Nein
17. **Falls der Arzt eine Kontrastmittelinjektion in die Armvene für notwendig hält, sind Sie damit einverstanden?**      Ja     Nein

Falls Sie weitere Fragen zur **MRT-Untersuchung** und deren Ablauf haben, sprechen Sie uns bitte **vor** der Untersuchung darauf an.

Notizen: .....

**Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, verstanden und bin mit der MRT-Untersuchung einverstanden.**

Metzingen / Reutlingen, den \_\_\_\_\_

(Datum)

(Unterschrift der/des Patientin/-en)

(Bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/-r)

Dieser Aufklärungs- und Anamnesebogen wurde aufgrund einschlägiger Erfahrungen und Empfehlungen nationaler Fachgesellschaften ohne Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit erstellt.