

# Patienten-Information

## Magnetresonanz-Tomographie (MRT)

### (Kernspintomographie)



**ACHTUNG:** Sollten Sie einen **HERZSCHRITTMACHER** besitzen, melden Sie dies bitte vor der Untersuchung bei der Anmeldung.

**Geben Sie bitte die Möglichkeit oder das Bestehen einer *SCHWANGERSCHAFT* vor Untersuchungsbeginn an der Anmeldung bekannt!**

*Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!*

Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die rückseitig angeführten Fragen zu beantworten. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder die untersuchende Ärztin.

Die MRT ist eines der modernsten diagnostischen Verfahren zur Darstellung hochauflösender Bilder von Ihrem Körper **ohne Anwendung von Röntgenstrahlen**. Zur Erzeugung der Bilder benötigt man ein starkes Magnetfeld und kurze Hochfrequenzimpulse. Die dann aus dem Körper empfangenen **extrem schwachen Antwortsignale** werden mittels Computer in eine Bilddarstellung umgerechnet. Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei, schädliche Auswirkungen sind nicht bekannt.

#### Untersuchungsablauf:

Wenn Sie zur Untersuchung aufgerufen werden, ziehen Sie bitte Ihre Kleidung bis auf Unterhose, Unterleibchen und Socken aus. Wegen des starken Magnetfeldes ist es notwendig, alle **metallischen Gegenstände** (z.B. Schmuck, Uhr, Zahnersatz, Geldbörse, Münzen), **Piercings**, alle **Datenträger** (wie z.B. Scheck- und Kreditkarten, Parktickets) und **Hörgeräte** oder Ähnliches in der Kabine zurückzulassen.

Die Untersuchung dauert je nach zu untersuchendem Organ wenige Minuten bis zu einer halben Stunde. Zur Untersuchung werden Sie nach entsprechender Positionierung mit einer fahrbaren Tischplatte in einen beidseitig offenen Ringmagneten geschoben. Diese kurze „Magnetröhre“ ist innen beleuchtet, gut belüftet und am Kopf- und Fußende weit offen. Sie stehen über eine Gegensprechanlage und eine Notglocke mit der untersuchenden Assistentin in Verbindung, sollten allerdings nur im Notfall davon Gebrauch machen.

Obwohl viele Untersuchungen bereits durchgehend geräuscharm durchgeführt werden, hören Sie bei manchen Untersuchungen immer wieder laute Klopfgeräusche. Dies ist normal und gehört zur Untersuchungsprozedur. Selbstverständlich stellen wir Ihnen bei Bedarf einen Gehörschutz in Form von Ohrstöpseln oder Kopfhörern zur Verfügung.

Es ist sehr wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen.

#### Kontrastmittel:

Um krankhafte Veränderungen deutlicher darstellen zu können, kann es notwendig sein, dass Ihnen ein MR-Kontrastmittel in eine Armvene verabreicht wird.

#### Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen:

- Rötungen und eventuelle kleine Blutergüsse an der Einstichstelle sind unspezifisch und meist belanglos.
- Ganz selten kann es passieren, dass bei der Injektion die Vene platzt oder die Kanüle fehlerhaft liegt. In diesem Fall kann das Kontrastmittel ins Gewebe gelangen. Dies spürt man umgehend und schmerzhaft. Melden Sie sich bitte sofort, auch wenn die Aufnahme bereits läuft, damit die weitere Injektion gestoppt werden kann. Das in das Gewebe ausgetretene Kontrastmittel wird über die Lymphbahnen abtransportiert. Es sind keine schwerwiegenden Folgen zu erwarten.
- Grundsätzlich möglich sind Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien) auf das Kontrastmittel, die sich überwiegend auf rasch vorübergehende Hautausschläge beschränken. Manchmal kommt es zu Kratzen im Hals, bei empfindlichen Personen selten auch zu Atemnot.
- Melden Sie bei der Untersuchung sofort jegliche Beschwerden, die Ihnen ungewöhnlich erscheinen.
- Selten kann es nach intravenöser MR-Kontrastmittelgabe bei eingeschränkter Nierenfunktion zu einer zeitlich verzögerten systemischen Bindegewebsreaktion ("Nephrogene systemische Fibrose") kommen. Sollte eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt sein (oder ein diesbezüglicher Verdacht bestehen), teilen Sie dies bitte der Ärztin bzw. Assistentin vor der MR-Untersuchung mit!
- Schwere Zwischenfälle bis zu einem allergischen Schock und Herz-Kreislaufstillstand sind – wie bei fast allen Medikamenten – möglich. Bei vielen Millionen KM-Gaben kommen solche Ereignisse aber in den letzten Jahren mit den neuen Kontrastmitteln praktisch nicht mehr vor.
- Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.
- Das Kontrastmittel ist im Verhältnis zu seinem Nutzen als sicheres Medikament zu betrachten. Selbstverständlich können Sie jedoch die Kontrastmittelgabe ohne Angabe von Gründen ablehnen.

**bitte wenden!**

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

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



Um ein mögliches erhöhtes Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Für etwaige weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne persönlich zur Verfügung.

		Ja	Nein
1.	Sind Sie Träger/in eines Herzschrittmachers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hatten Sie eine Augenverletzung (z.B. Metall- oder Granatsplitter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Sind Sie an Herz, Blutgefäßen oder am Kopf, insbesondere an Augen oder Ohren, operiert worden? Wenn ja, welche Operation? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Andere operative Eingriffe? (außer Blinddarm und Mandeln) Wenn ja, welche Operation? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Haben Sie folgende Implantate: Insulin- oder Schmerzpumpe? ..... Mittelohrimplantat? ..... Herzklappen? ..... Stent, Gefäßclip? .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Sind in Ihrem Körper Metallteile (Prothesen, Metallclips, Granatsplitter) Wenn ja, welche und wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Haben Sie Allergien, Asthma, Kontrastmittel- oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Wurde bei Ihnen bereits eine MRT durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Haben Sie Angst in engen Räumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Sind Sie tätowiert oder haben Sie ein Permanent Make-up?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ihre Körpergröße: ca. _____ cm, Gewicht: ca. _____ kg		
12.	Für Frauen: Sind sie schwanger? Stillen Sie gerade? Tragen Sie eine Spirale (IUP-Interuterinpessar)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, dass ich dieses Informationsblatt gelesen, seinen Inhalt verstanden und die obigen Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung und einer etwaigen intravenösen Kontrastmittelgabe zu. Ich stimme zu, dass meine Patientendaten im Bedarfsfall auch ärztlichen Vertretern zugänglich gemacht werden dürfen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r  
(bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)

Vom MRT  
auszufüllen:

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift der Ärztin

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift der MTF/RT

**Anamnese:** Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl, GFR: \_\_\_\_\_ Befunddatum (Blutbefund): \_\_\_\_\_