



Patienteninformation – MRT / Kernspintomografie

▶ **Patientenname:** _____

Bei der MRT werden Schnittbilder des Körperinneren von hoher diagnostischer Qualität durch **Magnetfelder** und **Hochfrequenzimpulse** erzeugt. Die Untersuchung ist schmerzfrei. Negative Auswirkungen auf den menschlichen Körper sind nicht bekannt. Patienten mit **Herzschrittmachern, Ohrimplantaten oder Insulinpumpen** dürfen nicht im Magnetfeld untersucht werden!!!

Bei anderen metallischen Implantaten/Prothesen (außer Zahnfüllungen) wird die Untersuchung erst nach Rücksprache durchgeführt.

- ▶ Vor der Untersuchung lassen Sie bitte alle Metallteile (Zahnersatz, Hörhilfen, Uhr, Schmuck, **Piercing**, Schlüssel, Gürtel, etc.) und Datenträger (Scheck, Kreditkarten, Handys, u. ä.) in der abschließbaren Umkleidekabine.
- ▶ Zur Untersuchung liegen Sie auf einer bequemen Liege, die in den röhrenförmigen Magneten eingefahren wird. Die Messungen sind mit minutenlangem Gerätebrummen verbunden. Es ist **sehr wichtig**, dass Sie sich während der Messungen **nicht bewegen**, da sonst sämtliche Bilder verwackelt sind. Die gesamte Untersuchung dauert ca. 20 bis 50 Minuten.
- ▶ Während der Untersuchung sind Sie mit einem Alarmknopf ausgestattet. Außerdem besteht Sicht- und Hörkontakt mit dem Untersuchungspersonal. Sollten Sie unter Platzangst leiden, kann Ihnen ein Beruhigungsmittel verabreicht werden. Allerdings dürfen Sie anschließend **nicht am Straßenverkehr** teilnehmen.
- ▶ Die Gabe eines MRT-Kontrastmittels (Gadolinium) ist bei bestimmten Fragestellungen notwendig. Es ist kein jodhaltiges Röntgen-Kontrastmittel. Das Kontrastmittel wird in die Armvene injiziert. Wie bei allen intravenösen Injektionen kann sich an der Punktionsstelle ein Hämatom, selten eine Venenentzündung (Thrombophlebitis) bilden. Nebenwirkungen sind kaum zu erwarten, Allergien sind sehr selten. Bei **Schwangeren** und Patienten mit **schwerer Nierenfunktionsstörung** sollte das Kontrastmittel nur nach Absprache gegeben werden.
- ▶ Terminverschiebungen können aufgrund von Notfalluntersuchungen oder in besonderen Fragestellungen entstehen. Wir bitten Sie dafür um Verständnis.
- ▶ **Beantworten Sie bitte nun noch die umseitigen Fragen.**



▶ Name, Vorname: _____

▶ Ihr ungefähres Gewicht: _____

Wurde Ihnen ein Herzschrittmacher implantiert? Ja Nein

Wurden Ihnen Innenohrimplantate eingesetzt? Ja Nein

Befinden sich andere Metallteile in Ihrem Körper?
(Granatsplitter, Hüftprothesen, Gefäßclips, etc.) Ja Nein

Wurden Operationen am Kopf, Herz oder an der
Schlagader durchgeführt? Ja Nein

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein

Heuschnupfen? Ja Nein

Asthma? Ja Nein

Ich bin mit der venösen Kontrastmittelgabe einverstanden! Ja Nein

▶ Für Frauen: Könnten Sie jetzt schwanger sein? Ja Nein

▶ Ich bin mit der geplanten Untersuchung einverstanden.

▶ _____
(Datum, Unterschrift)

▶ Fragen Ihrerseits wird Ihnen das MRT-Personal jederzeit gerne beantworten.