

Patienten-Merkblatt und Aufklärung

Kernspintomographie (MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat zur Abklärung Ihrer Beschwerden eine Kernspintomographie vorgeschlagen. Bei diesem Untersuchungsverfahren werden mit ungefährlichen Radiowellen, ohne Strahlenbelastung, 2- und 3-dimensionale Aufnahmen von Abschnitten Ihres Körpers in einem röhren- oder c-förmigen Magneten (Kernspintomograph) erzeugt. Anhand dieser Aufnahmen können krankhafte Veränderungen diagnostiziert werden, die häufig mit anderen Untersuchungsmethoden nicht zu erkennen sind.

Untersuchungsablauf

Eine Kernspin-Untersuchung dauert in der Regel 20 bis 40 Minuten. In dieser Zeit werden bis zu 1.000 Bilder erzeugt. Sie liegen dazu möglichst bequem auf einem beweglichen Tisch und werden während der Untersuchung Klopf- und Rattergeräusche hören. Damit Sie während der Untersuchung möglichst entspannt sind, bekommen Sie auf Wunsch Ohrstöpsel oder Kopfhörer zur Minimierung dieser völlig normalen Geräusche ausgehändigt.



Tunnelsystem

Kontrastmittelgabe

Eine Vielzahl der Fragestellungen, insbesondere orthopädische, lassen sich bereits ohne die intravenöse Gabe eines Kontrastmittels beantworten. Sollte trotzdem eine Kontrastmittelgabe erforderlich sein, so handelt es sich dabei um eine speziell für die Kernspintomographie entwickelte Substanz (paramagnetisches Kontrastmittel), die in der Regel sehr gut verträglich und auch nicht jodhaltig ist.



offenes MRT

Daher kommt dieses Kontrastmittel auch bei Patienten infrage, die die üblichen jodhaltigen Kontrastmittel nicht vertragen haben.

Komplikationen

Generell ist die Kernspintomographie ein sehr risikoarmes Untersuchungsverfahren und eignet sich daher auch insbesondere zur Untersuchung von Kindern. Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen können gelegentlich Komplikationen auftreten:

Leichte Kopfschmerzen, Ohrengeräusche (Tinnitus), Hautreizungen, bis hin zu Verbrennungen bei (Permanent-) Make-up/Tätowierungen.

Mögliche Nebenwirkungen nach Kontrastmittelgabe:

Selten:

Beschwerden an der Injektionsstelle, z.B. Venenreizungen, lokale Entzündungen (Abszess), extrem selten Gefäß-/Nervenschäden.

Sehr selten:

Überempfindlichkeitsreaktionen wie Übelkeit/ Erbrechen, Juckreiz/Hautausschläge bis hin zu lebensbedrohenden Komplikationen (extrem selten) mit Herz-/Kreislaufversagen.

Extrem selten:

Bei Patienten mit stark gestörter Nieren- oder Leberfunktion kann es zu einer nicht behandelbaren Bindegewebserkrankung (Nephrogene Systemische Fibrose) kommen.

Sollten auch innerhalb weniger Tage nach der Untersuchung Beschwerden auftreten, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt.

Fragebogen zur Untersuchung

Beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite bitte sehr sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus!

Bitte Blatt wenden ➡

Name	
Vorname	

Geburtsdatum		
Geschlecht	m <input type="radio"/>	w <input type="radio"/>

(zutreffendes bitte unterstreichen)

1. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja Nein
2. Tragen Sie **andere elektrische Geräte**?
wie z.B. Insulinpumpe, Schmerzpumpe, Hörgeräte, Neurostimulator? Ja Nein
3. Befinden sich **Metallteile** in Ihrem Körper wie z.B. Stents, Implantate,
Granatsplitter, Spirale. Haben Sie Tätowierungen, Permanent-Make-up, etc.? Ja Nein
4. Sind/waren Sie **Krebspatient/in**? Ja Nein
5. Ist Ihre **Nierenfunktion** eingeschränkt (der Kreatininwert erhöht)? Ja Nein
6. Besteht eine **Kontrastmittelallergie**? Ja Nein
7. Leiden Sie unter **Klaustrophobie** (Platzangst)? Ja Nein
8. Wurden Sie an Kopf, Herz oder Blutgefäßen operiert? Ja Nein
9. Haben Sie schon einmal eine Augenverletzung gehabt, die von
einem metallischen Gegenstand hervorgerufen wurde? Ja Nein
10. Haben Sie ansteckende Erkrankungen wie z.B. Hepatitis, HIV/AIDS?
Wenn ja: Welche? _____ Ja Nein
11. Welcher Körperteil wird heute untersucht?
(Bezeichnung): _____ links rechts
12. Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? _____
13. Hatten Sie am heute zu untersuchenden Körperteil einen Unfall?
Wenn ja: Wann? _____ Ja Nein
14. Wurden Sie am heute zu untersuchenden Körperteil bereits operiert
(auch Schlüsselloch-Chirurgie, Gelenkspiegelung oder Arthroskopie)? Ja Nein
13a. Wenn ja: Wann war die OP? _____
15. Welches Körpergewicht haben Sie? ca. _____ kg

• **Nur für Frauen im gebärfähigen Alter**

16. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein
17. Stillen Sie? Ja Nein

Einwilligungserklärung:

- Hiermit willige ich in die geplante Untersuchung ein. Ich versichere, dass ich
alle Fragen vollständig und sorgfältig beantwortet habe. Ja Nein
- Falls eine Kontrastmittel-Gabe notwendig ist, bin ich damit einverstanden. Ja Nein
- Mit der Weitergabe meiner Bilder und Befunde an weiterbehandelnde
Ärzte bin ich einverstanden. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in ggf. Erziehungsberechtigte/r

Haben Sie noch Fragen?

Unsere Assistentinnen/Assistenten fragen in der Regel die wichtigsten Aspekte dieses Aufklärungsbogens noch einmal ab, bevor die
Untersuchung beginnt. Sollten bei Ihnen noch Fragen offen geblieben sein, werden diese vom Arzt bestmöglich beantwortet.