



Ihre Radiologen
in Karlsruhe und Durlach

MRT

Kernspintomographie/Magnetresonanztomographie (MRT) ggf. mit Kontrastmittel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Magnetresonanztomographie durchgeführt werden. Die Magnetresonanztomographie ist ein modernes Schnittbildverfahren, das auf der Interaktion von hochfrequenten Radiowellen mit den Wasserstoffionen des Körpers basiert, welcher sich in einem starken Magnetfeld befindet. Bei der MRT kommt es nicht zu einer Belastung des Körpers durch Röntgenstrahlen. Die MRT ist besonders geeignet zur Darstellung der Körperweichteile und Organe, aber auch zur Untersuchung von Blutgefäßen, Bändern, Bandscheiben und dem Gehirn, sowie zum Auffinden versteckter Knochenbrüche. Alternativ können Röntgenuntersuchungen, Computertomographien oder Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden. Hierbei ist aber immer die medizinische Indikation und Fragestellung Ihres behandelnden Arztes zu beachten.

Während der Untersuchung liegen Sie auf einem Untersuchungstisch, ggf. wird ein Bildempfänger (Spule) auf Ihnen platziert. Die Untersuchung erfolgt in der Röhre des Kernspintomographen, in die Sie mit dem Untersuchungstisch, ganz oder teilweise, hineingeschoben werden. Mittels kurzen Radiowellen werden die Wasserstoffatome in Ihrem Körper angeregt und geben danach, während sie sich wieder im Magnetfeld des Kernspintomographen ausrichten, Signale ab, die vom Computer in zwei- und dreidimensionale Bilder umgerechnet werden können. Während der Untersuchung werden Sie permanent vom technischen Personal beobachtet. Sie sind zu keinem Zeitpunkt unbeobachtet. Sollte es notwendig sein, können Sie jederzeit über ein Mikrofon mit dem technischen Personal kommunizieren.

Die wechselnde Schaltung von Magnetspulen bringen das Gehäuse des Kernspintomographen zum Schwingen, hierdurch entstehen, ähnlich wie bei einem Lautsprecher, laute Geräusche. Daher ist es für Sie notwendig einen Gehörschutz zu tragen. Diesen stellen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung. Die Untersuchung dauert in der Regel zwischen 10 und 30 Minuten.

Bei bestimmten Fragestellungen kann es notwendig sein, über eine ggf. zu legende Venenverweilkanüle ein Kontrastmittel zu verabreichen. Pharmakologisch unterscheiden sich Kontrastmittel für die Kernspintomographie von Röntgenkontrastmitteln. Kontrastmittel für die MRT enthalten das Element Gadolinium und kein Jod. Moderne Kontrastmittel sind sehr gut verträglich. In sehr seltenen Fällen können allergische Reaktionen vorkommen. Gefährliche Schockreaktionen können leider nie vollständig ausgeschlossen werden. Zum Glück sind diese aber höchst selten. Das MRT-Kontrastmittel wird über Ihre Nieren aus dem Körper wieder ausgeschieden. Daher ist es sehr wichtig, dass Ihre Nieren normal arbeiten. Um dies sicher zu stellen, kontrollieren wir vor der Gabe von Kontrastmittel Ihre Nierenfunktion mittels des sog. Serumkreatininwertes. In letzter Zeit wurde in einigen Fällen nachgewiesen, dass sich das im MRT-Kontrastmittel enthaltene Gadolinium in einigen Körpergeweben anreichern kann. Hierdurch kann in extrem seltenen Fällen eine nephrogene systemische Fibrose (NSF) ausgelöst werden. Bei den modernen, aktuell in Deutschland mehrheitlich verwendeten MRT-Kontrastmitteln, wurde das Krankheitsbild bislang noch nicht beobachtet. Bei einer Schwangerschaft kann es durch Kontrastmittel zu Schädigungen des Ungeborenen kommen.

Da Sie sich in einem sehr starken Magnetfeld befinden werden, dürfen Sie keine metallischen Gegenstände am Körper tragen. Auch Metall in Kleidungsstücken kann die diagnostische Qualität erheblich beeinträchtigen. Tätowierungen und Piercings können sich erwärmen. Letztere sollten entfernt werden. Informieren Sie unser technisches Personal bitte über eventuelle Tätowierungen.

Für metallhaltige Implantate wie künstliche Herzklappen, Gefäßstents, Paukenröhrchen, Spiralen zur Empfängnisverhütung, Cochleaimplantate, Hörgeräte und Gelenkprothesen brauchen wir vom Hersteller der Implantate eine schriftliche Angabe, dass Ihr Implantat in ein starkes Magnetfeld eingebracht werden darf, ohne Sie in Gefahr zu bringen. Eine solche Bescheinigung haben Sie evtl. bereits in Form eines Implantatausweises. Sollte dies nicht der Fall sein, informieren Sie sich bitte bei der Klinik/dem Arzt, der Ihr Implantat eingesetzt hat. Die schriftliche Unbedenklichkeitserklärung des Implantatherstellers muss uns zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen.

Herzschrittmacher, Insulinpumpen, automatische, implantierbare Defibrillatoren dürfen nicht in das Magnetfeld eines MRT eingebracht werden.

Barcode

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ Kg

1. Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers**, eines **Defibrillators** oder einer **künstlichen Herzklappe**? Ja Nein

2. Haben Sie **Metallteile** oder **Implantate** im Körper? (Gelenkprothesen, Paukenröhrchen, Cochlea-Implantate, Hörgeräte, Stents, Spiralen, Metallsplitter, Neurostimulator, Nagelspange, Akkupunkturnadel etc) Ja Nein

3. Wurden **Operationen** am Kopf, Herz oder an den Blutgefäßen durchgeführt? Ja Nein

4. Haben Sie **Tattoos** oder **Piercings** am Körper? Ja Nein

5. Haben Sie eine **Medikamentenpumpe** oder tragen Sie Pflaster, die Medikamente freisetzen können? Ja Nein

6. Sind Sie **Diabetiker**? Ja Nein

7. Leiden Sie unter **Allergien**?
Zum Beispiel auf Kontrastmittel oder Medikamente? Wenn ja, welche? Ja Nein

8. Leiden Sie an **allergischem Asthma**? Ja Nein

9. Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Kernspintomographie** durchgeführt? Traten dabei Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche? Ja Nein

10. Leiden Sie an einer der folgenden **Krankheiten**?

1. Tumorerkrankung Ja Nein
2. Infektionskrankheit (Hepatitis/HIV/TBC) Ja Nein
3. Nierenerkrankung/Nierenfunktionsstörung Ja Nein
4. Lebererkrankung Ja Nein
5. Wurde eine Lebertransplantation durchgeführt? Ja Nein

11. Sind Sie schon einmal **operiert** worden? Wenn ja, wo (Körperregion)? Ja Nein

12. Für **Frauen**: Sind Sie **schwanger**? **Stillen** Sie? Ja Nein
Ja Nein

**Bitte geben Sie Voraufnahmen und
Vorbefunde ab!**

Anmerkungen: _____

Zu untersuchende Körperregion: _____ mit Kontrastmittel ohne Kontrastmittel

Einwilligung: Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Die Fragen habe ich wahrheitsgemäß, nach bestem Wissen beantwortet. Ich habe keine Fragen zur anstehenden Untersuchung mehr.

Ich wünsche über die Aufklärung hinaus eine ärztliche Beratung. Ja Nein

Mit der geplanten MRT-Untersuchung bin ich einverstanden. Ja Nein

Ort / Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arzt

Dieser Aufklärungsbogen wird in unserer Praxis für mindestens 10 Jahre archiviert. Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens Ja Nein