

Wichtige Informationen zur Magnetresonanztomographie (MRT)

Die Magnetresonanztomographie (MRT, MR, MRI, NMR) ist ein Untersuchungsverfahren, das es ermöglicht, ohne Einsatz von Röntgenstrahlen Bilder aus dem menschlichen Körper zu gewinnen und so Erkenntnisse über zahlreiche Erkrankungen zu erlangen. Vor der Untersuchung müssen von Ihnen alle Gegenstände aus Eisen und anderen magnetischen Metallen (Piercings, Haarspangen, herausnehmbare Zahnprothesen, Schmuck, Brille, Schlüssel, Uhren, Hörgeräte, Mobiltelefone usw.) abgelegt und in der Kabine belassen werden! Kreditkarten und andere digitale Datenträger lassen Sie bitte ebenfalls in der Kabine, da sie im Untersuchungsraum vom Magneten gelöscht werden.

Falls Sie in beengten Räumen an Platzangst leiden, sagen Sie unserem Personal vorher Bescheid. Wichtig ist, dass Sie während der Untersuchung gleichmäßig und ruhig atmen und sich nicht bewegen. Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines Kontrastmittels erforderlich. Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen; bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag u. ä. Reaktionen kommen, die in der Regel rasch wieder abklingen. Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufs sind selten. Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf!

Bitte beachten Sie, dass bei Trägern bioelektrischer Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Insulinpumpe, Neurostimulator, Innenohrprothese) keine MRT durchgeführt werden kann. Metallteile im Körper, wie zum Beispiel fester Zahnersatz, Gelenkprothesen oder Metallplatten nach Operation eines Knochenbruchs, stellen in der Regel kein Problem dar. Bei Permanent Make-up und Tätowierungen mit metallhaltiger Farbe (rot, selten blau/schwarz) kann es zu Erwärmungen oder im schlimmsten Fall zu Verbrennungen kommen. Frisch gestochene Tätowierungen können verlaufen. Wurde ein Beruhigungsmittel verabreicht, dürfen Sie für mindestens 12 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, an laufenden Maschinen arbeiten oder gefährliche Tätigkeiten ausüben, da ihr Reaktionsvermögen für diesen Zeitraum deutlich vermindert ist.

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen, die auf der nächsten Seite abgedruckt sind, möglichst genau zu beantworten.

Wenn Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, werden wir Ihnen diese selbstverständlich gerne beantworten.

Weitere Informationen finden Sie auf unserem Patientenportal www.radiologie.de.

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Wurden bei Ihnen Geräte wie z.B. Herzschrittmacher, Neurostimulator, Insulinpumpe, Innenohrprothese (Cochleaimplantat) oder sonstige bioelektrische Geräte implantiert? Wenn ja, welche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Tragen Sie ein Hörgerät? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Tragen Sie Gefäßstützen wie z.B. Stents oder Gefäßclips? Wenn ja seit wann? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie eine künstliche Herzklappe? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Tragen Sie an Ihrem Körper Tätowierungen, Piercings oder ein Permanent Make-up? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind in Ihrem Körper eventuell Metallteile wie z.B. Metall-/Granatsplitter, Operationsnägeln, Metallplatten nach Operationen eines Knochenbruchs, Gelenkprothesen? Wenn ja, wo und seit wann? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Tragen Sie eine Zahnprothese und/oder ein magnetisches Zahnimplantat? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Sind Sie an Herz, Kopf, Auge oder einem anderen Körperteil operiert worden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Lagen oder liegen bösartige Erkrankungen vor? Wenn ja, welche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Bei Frauen: Stillen Sie momentan ein Kind? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Sind Allergien oder Asthma bei Ihnen bekannt (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente (z.B. Jod o.Ä.)?) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 14. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) bekannt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 15. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Psychopharmaka ein? Wenn ja, welche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 16. Leiden Sie unter Angstzuständen in engen Räumen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 17. Haben Sie akute Beschwerden aufgrund eines Unfalls oder Sturzes? Wenn ja, wo und seit wann? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 18. Wurden Sie in der untersuchten Region operiert? Wenn ja, wann? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 19. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittel-Gabe einverstanden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 20. Ihre Körpergröße: _____ Ihr Körpergewicht: _____ | | |

Wichtig: Vor Beginn der Untersuchung müssen Sie alle losen metallischen Gegenstände ablegen. Dazu zählen auch Piercings, Haarspangen, herausnehmbare Zahnprothesen, Schmuck, Brille, Schlüssel, Uhren, Hörgeräte, Mobiltelefone sowie Scheck- oder Kreditkarten usw.

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet und ich habe eine Version des ausgefüllten Bogens erhalten. Mit der Durchführung der MRT-Untersuchung bin ich einverstanden.

Notizen:

Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)*/Betreuer(in):



Datum, Unterschrift

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)