

# Informationsblatt und Aufklärung zur Kernspintomographie



## **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

die Kernspintomographie (auch MRT oder Magnet-Resonanz-Tomographie) ist eine der fortschrittlichsten Methoden, um Anzeichen von Krankheiten zu erkennen. Sie ist ein Verfahren, das mit Magnetfeldern und Radiowellen arbeitet. Sie liefert Schnittbilder der interessierenden Organe des Körpers.

## **Wie wird die Kernspintomographie durchgeführt?**

Zur Untersuchung werden Sie auf einer Liege möglichst bequem gelagert. Abhängig von der gewählten Untersuchung wird eine sogenannte "Spule" auf Ihrem Körper befestigt.

Anschließend werden Sie in das Untersuchungsgerät hineingefahren. Die Untersuchungsröhre ist bei uns besonders weit, am Anfang und am Ende offen und hell beleuchtet. Während der Untersuchung werden wir Sie direkt beobachten, wir lassen Sie also nicht allein. Die Untersuchung wird etwa 20 Minuten dauern. Während der Untersuchung treten laute Klopfgeräusche auf, die Sie jedoch nicht beunruhigen sollten.

**Während der Messvorgänge sollten Sie entspannt und absolut ruhig liegen!**



Häufig ist es notwendig, über eine dünne Kanüle in einer Armvene Kontrastmittel zuzuführen. Dieses spezielle Kontrastmittel für die Kernspintomographie dient zur Verbesserung der Bildinformation, enthält kein Jod und ist nicht radioaktiv. Wir werden die Kanüle vor Beginn der Untersuchung anlegen.

Die Bilder ihrer Untersuchung werden elektronisch gespeichert. In der Regel erhält Ihr zuweisender Arzt oder Hausarzt einen schriftlichen Untersuchungsbefund bis zum folgenden Werktag per Fax.

## **Können Komplikationen auftreten?**

Schädigende Wirkungen durch Kernspintomographien sind nach dem derzeitigen Wissensstand nicht bekannt. Komplikationen sind auf seltene Einzelfälle beschränkt.

Im Bereich von Tätowierungen oder von Schminke können Hautreizungen entstehen. Wegen der nicht vermeidbaren lauten Klopfgeräusche bieten wir Ihnen Ohrstöpsel oder Schutzkopfhörer an.

Wenn Sie sehr stark unter Platzangst (Klaustrophobie) leiden, teilen Sie uns dies bitte vorher mit. Wir können Ihnen vor der Untersuchung ein Beruhigungsmittel verabreichen. Ihre Reaktionsbereitschaft wird durch das Beruhigungsmittel beeinträchtigt. Lassen Sie sich bitte in diesem Fall aus der Praxis abholen. Sie dürfen, in diesem Fall, am Untersuchungstag nicht selbst Auto fahren und auch keine gefährlichen Geräte bedienen.

Gelegentlich (1 - 10 von 1.000) treten nach einer Injektion des Kernspinkontrastmittels Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerzen auf. Allergieartige Reaktionen sind auf das Kontrastmittel selten (1 - 10 von 10.000) aufgetreten. Hierbei handelt es sich dann um Hautausschlag, der oft von selbst wieder verschwindet. Über schwerste allergische Reaktionen mit lebensbedrohlichem Herz-Kreislaufversagen ist sehr selten (weniger als 1 von 10.000) berichtet worden.

## **Was müssen Sie beachten?**

Vor der Untersuchung müssen alle metallischen Gegenstände abgelegt werden. Vor allem Armbanduhr und Scheckkarten werden eventuell schon bei Betreten des Untersuchungsraumes durch das Magnetfeld zerstört. Hier finden Sie eine Liste der Gegenstände, die **nicht mit in den Untersuchungsraum** genommen werden dürfen:

- Schmuck, Ohrringe, Piercings aus magnetischem Metall (Nickel, Stahl...)
- Brille, Uhr, Brieftasche, Kreditkarten, Scheckkarten, Parkkarten, Geldmünzen
- Metallteile an der Kleidung (z.B. Druckknöpfe, Reißverschlüsse, Gürtelschnallen), Kugelschreiber
- Schlüssel, Mobil-Telefon
- Zahnersatz, herausnehmbare Zahnspange
- Hörgeräte
- Akupunkturnadeln, Sicherheitsnadeln, Haarnadel oder -klammern.

**Sollten Sie Implantate tragen (z.B. künstliches Hüftgelenk, künstliches Kniegelenk, künstliche Herzklappe, Knochenschrauben und -nägel) teilen Sie uns dies bitte vor Betreten des Untersuchungsraumes mit.**

Im Folgenden bitten wir Sie, einige Fragen zu beantworten:

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

geb. am: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? ja  nein

Tragen Sie einen internen Defibrillator, ein Cochleaimplantat oder Gehörknöchelchen-Ersatz, einen Aneurysma-Clip, eine künstliche Herzklappe oder sonstiges Implantat? ja  nein

Finden sich innerhalb Ihres Körpers **metallische Fremdkörper**, zum Beispiel Splitter, künstliche Gelenke, Knochenschrauben oder Knochennägel? Wenn ja, bitte Art und Stelle angeben: ja  nein

Wurden Sie jemals operiert? Wenn ja, wann und an welchem Körperteil? ja  nein

Haben Sie schon einmal auf **Kernspin-Kontrastmittel allergisch** reagiert? ja  nein

Wenn ja, wie hat sich dies geäußert? \_\_\_\_\_

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? ja  nein

Leiden Sie an einer **Nierenfunktionsstörung**? ja  nein

Leiden Sie an Schwerhörigkeit oder Ohrgeräuschen? ja  nein

Besteht eine Plasmocytom-Erkrankung?  
(Bösartige Erkrankung des blutbildenden Knochenmarks) ja  nein

Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung (z.B. HIV, Hepatitis etc.)? ja  nein

Bei Frauen: Könnten Sie **schwanger** sein? Stillen Sie? ja  nein

Datum der letzten Periode: \_\_\_\_\_

Ich bin mit einer **Kontrastmittelgabe** ausdrücklich einverstanden. ja  nein

## Anmerkungen:

## Einwilligungserklärung:

Ich habe diese Information vollständig und aufmerksam gelesen, den Inhalt verstanden und die Fragen korrekt beantwortet. Noch bestehende Fragen zur Untersuchung wurden zufriedenstellend geklärt. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit in die Untersuchung ein.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Durchschlag der/dem Patientin/en mitgegeben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes