

Aufklärung über die Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie - MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Spezialuntersuchung überwiesen, um bestimmte Veränderungen bzw. Erkrankungen im Körper besser beurteilen zu können. Bei diesem Untersuchungsverfahren kommt es zu **keiner Strahlenbelastung**, die Bilder werden mit **starken Magnetfeldern und Radiowellen** erstellt.

Untersuchungsablauf

Während der Untersuchung liegen Sie innerhalb einer Röhre, die jedoch am Kopf- und Fußende **offen** ist. Ständig wird Frischluft zugeführt. Bleiben Sie bitte ganz ruhig liegen, denn auch kleinste Bewegungen können den Bildaufbau erheblich stören. Gegebenfalls bekommen Sie Atemkommandos über einen Kopfhörer.

Elektromagnetische Schaltungen erzeugen während der Untersuchung Klopfgeräusche, auf Wunsch kann Ihnen jedoch Musik über den Kopfhörer eingespielt werden. Die Untersuchungsdauer beträgt zwischen 15 und 45 Minuten.

Bei bestimmten Veränderungen (z.B. Durchblutungsstörungen, Entzündungen, Gelenkerkrankungen oder Tumoren) kann eine **Kontrastmittelgabe** erforderlich werden. Das Kontrastmittel ist **nicht radioaktiv** und enthält auch **kein Jod**.

Besonders zu beachten!

Im Untersuchungsraum herrscht ein **permanentes, starkes Magnetfeld**. Magnetisierbare Gegenstände müssen also unbedingt vor dem Betreten des Raumes abgelegt werden. **Frei bewegliche metallische Gegenstände können zu schwersten Verletzungen führen.**

Legen Sie also alle mitgeführten Metallteile, insbesondere auch

- Schmuck, Uhr, Brille, Hörgeräte
- Zahnspangen, Arm- und Beinprothesen
- Karten mit Magnetstreifen, Kugelschreiber, Telefone und Kleingeld

unbedingt vor dem Betreten des Raumes ab.

Kontraindikationen

Patienten mit bestimmten, insbesondere metallischen **Implantaten** dürfen **nicht in der MRT untersucht werden.**

Hierzu gehören insbesondere Patienten mit

- Herzschrittmachern
- Insulinpumpen

Teilen Sie es uns also mit, falls Sie ein Implantat tragen.

Risiken und Nebenwirkungen

Die MRT ist ein komplikationsarmes und gut tolerierbares Verfahren. Dennoch gibt es in sehr seltenen Fällen mögliche Komplikationen:

- Vereinzelt harmlose **EKG-Veränderungen**
- Vereinzelt **Kopfschmerzen** und/oder **Ohrgeräusche**
- **Hautreizungen** durch metallhaltige **Tätowierungen** oder Kosmetika
- **Wärmeempfindung**
- Harmlose **Nervenstimulationen** („Kribbeln“)
- Im Falle **falscher Lagerung** sind im Extremfall **Verbrennungen** möglich, daher **legen Sie die Beine nicht über Kreuz und falten Sie nicht die Hände**

Kontrastmittelrisiken

Wie bei jedem Medikament kann es auch durch das MRT-Kontrastmittel zu **allergischen Reaktionen** kommen, die jedoch im Zusammenhang mit diesen Kontrastmitteln sehr selten sind. In seltensten Fällen kann eine **Krankenhausbehandlung** erforderlich werden.

Extrem selten kann es zu einer bestimmten Erkrankung kommen (sog. **Nephrogene Systemische Fibrose = NSF**), die in Zusammenhang mit der Kontrastmittelgabe bei **Patienten mit hochgradig eingeschränkter Nierenfunktion oder vor bzw. nach Lebertransplantation** beobachtet worden ist. Es handelt sich hierbei um eine schwere, derzeit noch nicht behandelbare Bindegewebserkrankung.

Wie bei jeder Verabreichung eines Medikaments in eine **Vene** sind in seltenen Fällen ein **Bluterguss** bzw. **Nachblutung** an der Einstichstelle, **Entzündungen** sowie **Venen- oder Nervenreizungen** bzw. **-schädigungen** möglich. **Bitte wenden! →**

Bitte beantworten Sie uns nun noch die folgenden Fragen, damit wir Ihre Risiken einschätzen können:

Name:	Geburtsdatum:
Körpergröße cm	Körpergewicht kg
Tragen Sie einen Herzschrittmacher , eine künstliche Herzklappe oder eine Medikamentenpumpe ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ist schon einmal eine Kernspintomografie durchgeführt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Befinden sich Implantate oder andere Teile aus Metall (z.B. Splitter, Stents, Zahnsperre etc.) in Ihrem Körper? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wann und wo? _____ _____
Sind Sie schon einmal operiert worden? Z.B. am Herz , am Kopf , am Gefäßsystem oder an anderen Organen, insbesondere auch im Untersuchungsgebiet ? Bitte angeben! _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Traten nach früheren MRT-Kontrastmitteluntersuchungen irgendwelche Probleme auf? Bitte schildern! _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung und/oder betreiben Sie Dialyse ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Leiden Sie unter Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ist eine Lebertransplantation durchgeführt worden oder geplant oder besteht eine Lebererkrankung ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ist oder war eine Tumorerkrankung bei Ihnen bekannt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ist eine infektiöse Erkrankung (z.B. Hepatitis, HIV) bekannt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Für Frauen: Sind Sie schwanger ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Allergien bekannt? _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Bitte schildern Sie hier Ihre Beschwerden:

Bitte geben Sie Ihren Hausarzt an:

Falls Sie eine **Sedierung mit einem Beruhigungsmittel** wünschen, werden Sie darüber aufgeklärt, dass Sie am heutigen Tage wegen verminderter Reaktionsfähigkeit **kein Auto mehr fahren und keine Maschinen bedienen** dürfen.
Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Untersuchung ein. Ein Duplikat dieser Aufklärung wurde zur Verfügung gestellt.

Falls diagnostisch erforderlich, bin ich mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden nicht einverstanden
 Mit der Weitergabe der Untersuchungsergebnisse auch an andere mich behandelnde Ärzte, die diese Ergebnisse anfordern, bin ich einverstanden nicht einverstanden

Datum: _____ **Unterschrift des Patienten / ges. Vertreters:**

Bemerkungen: _____ **Unterschrift des behandelnden Arztes:**