

Wichtige Information zur Kernspintomographie / MRT**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Die **Kernspintomographie / MRT** ist ein modernes und schmerzloses Untersuchungsverfahren, das es ermöglicht, **ohne Einsatz von Röntgenstrahlen** Bilder aus dem menschlichen Körper zu gewinnen. Schädigende Effekte sind nicht bekannt. Eine Gefährdung besteht bei Personen mit bioelektrischen Implantaten wie **z.B. Herzschrittmacher, Defibrillator, Neurostimulator, Cochlearimplantat, Mittelohrimplantaten oder Medikamentenpumpen. Diese dürfen nicht bzw. nur im Ausnahmefall untersucht werden.** Bei Implantation von Herzklappen benötigen wir einen Ausweis/Bescheinigung, dass die Klappe kernspintauglich ist ! Stents sind in der Regel unbedenklich – die OP sollte aber 6 Wochen oder länger zurückliegen. Andere Metallimplantate wie Gelenkprothesen, Metallplatten und feste Zahnschienen sind meist MR-tauglich. Permanent-Make-up oder Tätowierungen können vereinzelt zu Hautreizungen führen.

Zur Untersuchung werden Sie auf einer Liege in den Untersuchungstunnel des Magneten hineingefahren. Während der Untersuchung entstehen laute Klopfgeräusche, die durch schnelle elektrische Schaltvorgänge verursacht werden. Die Signale, die der Körper aufgrund dieses Impulses zurücksendet, werden mit Antennen (Spulen) empfangen und in Bilder umgewandelt.

Eine Vorbereitung ist für die meisten Untersuchungen nicht notwendig.

Ausnahme: Bestimmte Untersuchungen des Bauchraumes. Hier bekommen Sie spezielle Anweisungen zur Vorbereitung.

Bei bestimmten Fragestellungen ist es sinnvoll ein **Kontrastmittel** zu spritzen. Dieses Mittel enthält **Gadolinium** und ist sehr gut verträglich. Wie bei allen Medikamenten kann eine **allergische Reaktion** auftreten (selten). Das Mittel **wird über die Nieren wieder ausgeschieden - darum sollte die Nierenfunktion bekannt sein. Dafür brauchen wir Ihren Blutwert Kreatinin. Bei stark eingeschränkter Nierenfunktion ist die KM-Gabe nur in Ausnahmefällen möglich.**

Die Untersuchung dauert ca. 15-30 Min. In dieser Zeit sollten Sie ruhig liegen, ruhig atmen, sich nicht bewegen und nicht sprechen. Die meisten Patienten liegen entspannt im Gerät, verfolgen die Klopfgeräusche oder gehen ihren Gedanken nach.

Falls Sie in engen Räumen Angst haben oder sehr lärmempfindlich sind – weisen Sie uns darauf hin! Wurde ein Beruhigungsmittel verabreicht, dürfen Sie für 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, an laufenden Maschinen arbeiten oder gefährliche Tätigkeiten ausüben, da ihr Reaktionsvermögen für diesen Zeitraum deutlich vermindert ist. **In diesem Fall ist für den Heimweg eine Begleitperson notwendig.**

Zur Untersuchung werden Sie aufgerufen und müssen dann unbedingt **metallische, elektrische und elektronische Gegenstände in der Kabine ablegen** z.B.

Uhren, Schmuck, Brieftasche, Geldbörse und loses Kleingeld, Gürtel, Magnetkarten (Scheck- und Parkkarten, etc.), Feuerzeug, Brille, Hörgerät, herausnehmbare Zahnprothesen, Haarspangen, Haarteile, Piercings, Schlüssel, Mobiltelefone.

Bitte achten Sie darauf, dass sich **NICHTS** mehr in den Kleidungstaschen befindet! Die abgelegten Sachen lassen Sie ebenso wie Taschen oder Ähnliches in der Kabine.

Für einen reibungslosen Ablauf bitten wir Sie, die Fragen auf der Rückseite zu beantworten.

Bitte wenden

Name :**Vorname:****Tel.:****Geb.:****Größe :****Gewicht:****Beruf:****Bitte Zutreffendes ankreuzen / ausfüllen****Haben Sie einen Herzschrittmacher, Eventrekorder oder Defibrillator?** ja nein**Haben Sie eine künstliche Herzklappe?** (Ausweis? / MRT-tauglich?) ja nein**Hatten Sie Operationen mit Metallclips, Gefäßclips, Stent und seit wann?:** ja nein**Haben Sie Metallteile im Körper?** (Granatsplitter, Gelenkprothesen, Schrauben, Metallplatten, Nägel, Schmerzpumpe, Insulinpumpe, Ventrikel-Shunt o.ä.) ja nein**Haben Sie Tätowierungen, Piercings, Permanent-Make-up ?** ja nein**Haben Sie Hörgerät, herausnehmbaren Zahnersatz, Implantate, o.ä.?** ja nein**Haben Sie ein Mittel- oder Innenohrimplantat?** (MRT-tauglich?) ja nein**Haben Sie Allergien gegen Kontrastmittel, Medikamente, anderes?** ja nein

Welche : _____

Haben Sie Nieren- oder Leberfunktionsstörungen? ja nein**Haben Sie Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)?** ja nein**Hatten / haben Sie bösartige Tumorerkrankungen?** ja nein

Welche : _____ Seit wann: _____

Bei Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen? Stillen Sie? ja nein**Haben Sie Diabetes („Zucker“) oder andere chronische Erkrankungen?** ja nein

Welche : _____ Seit wann: _____

Hatten Sie einen Unfall oder eine Operation, in Bezug auf die zu untersuchende Körperregion?Welche: _____ ja nein**Sind Sie mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden?** ja nein**Welche Beschwerden haben Sie?** _____**Der schriftliche Befund Ihrer Untersuchung wird an den überweisenden Arzt geschickt.**Ich bin mit der **Übermittlung** meiner Bilder und Befunde (sowie ggf. Voruntersuchungen) von meinen und an meine behandelnden Ärzte **einverstanden** (ggf in digitaler Form, dieses Einverständnis ist widerrufbar) ja nein

Den Anamnesebogen habe ich gelesen und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet und mir eine Kopie des ausgefüllten Bogens übergeben.

Datum: _____

(Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter)

(Unterschrift Arzt / Ärztin)

Bei minderjährigen Patienten: Mit der Durchführung der Untersuchung und einer eventuell notwendigen Kontrastmittelgabe bei meiner Tochter / meinem Sohn bin ich einverstanden**Unterschrift Sorgeberechtigte/r:** _____