

Informationen zur Kernspintomographie (MRT)

Was ist Kernspintomographie?

Bei der Kernspintomographie (auch Magnetresonanztomographie, MRT genannt) werden sehr starke Magnetfelder und Radiowellen verwendet, um präzise Schichtaufnahmen des Körpers zu erzeugen. Röntgenstrahlen kommen dabei nicht zur Anwendung.

Was kommt auf mich zu?

Die MRT-Untersuchung selbst wird von einer speziell ausgebildeten medizinisch-technischen Röntgenassistentin mit Ihnen durchgeführt und kontinuierlich am Bildschirm überwacht.

Vor Beginn der Untersuchung legen Sie bitte Scheckkarten, Portemonnaie, Uhren, Handy und Schmuck ab, da diese die Untersuchung stören oder durch das Magnetfeld beschädigt werden können.

Die Untersuchung dauert etwa 15 bis 30 Minuten. Bitte bleiben Sie ruhig und entspannt im Untersuchungstunnel liegen. Sie erhalten dafür einen Gehörschutz, da der Kernspintomograph ein lautes, klopfendes und brummendes Geräusch erzeugt. Wenn Sie - wie viele andere Menschen auch - unter Platzangst leiden, so teilen Sie uns dies bitte schon *vor der Untersuchung* mit. Wir verabreichen dann ein angstlösendes, sehr gut dagegen wirksames Medikament.

Möglicherweise ist es erforderlich, ein MR-Kontrastmittel in die Vene zu spritzen. Dabei handelt es sich um ein unbedenkliches und gut erprobtes Medikament. Von Röntgenkontrastmittel bekannte allergische Unverträglichkeiten (wie Übelkeit, Hautausschlag, Atem- oder Kreislaufprobleme) treten wesentlich seltener auf. Das Kontrastmittel kann auch bei Allergie gegen Röntgenkontrastmittel gegeben werden, da es kein Jod enthält.

Was passiert nach der Untersuchung?

Die Bilddaten werden am Computer ausgewertet, ggf. eine CD angefertigt und ein Bericht für Ihren Arzt geschrieben. Die Daten werden auch in unserem Digitalarchiv abgelegt.

Sie brauchen diese Auswertung allerdings nicht abzuwarten, sondern können die Ergebnisse auch mit Ihrem weiterbehandelnden Arzt besprechen, dem wir den Befundbericht zusenden.

Bitte helfen Sie uns, indem Sie den umseitigen Fragebogen ausfüllen!

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig.
Unsere Mitarbeiter sind Ihnen dabei gern behilflich.**

Name:

Vorname:

Geb. datum:

Gewicht: _____ kg

Welche sind Ihre derzeitigen Beschwerden? _____

Wurden Sie deshalb bereits kernspintomographisch (MRT) untersucht?

Ja, und zwar im Monat/Jahr _____ bei _____ Nein

Tragen Sie Herzschrittmacher, Neurostimulator, Eventrecorder, künstl. Herzklappe, Magenband, Hörgeräte?

Ja, und zwar _____ Nein

Sind Sie am Herzen oder Kopf operiert worden?

Ja, und zwar _____ Nein

Befinden sich Metallteile im Körper? Bitte Zutreffendes unterstreichen.

Metallteile im Auge, Metallprothesen, Nägel, Schrauben, Clips, Platten, Draht, Metallsplitter, Spirale, Akupunkturnadeln, Zahnprothesen, Zahnspange (andere: _____)

Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)?

Ja Nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja, und zwar _____ Nein

Leiden Sie unter Platzangst:

Ja Nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein

Wir weisen darauf hin, dass wir für Schäden, die durch Nichtbeachtung der Anweisungen unseres Personals entstehen können, nicht haften.

Wenn Sie Fragen zur Untersuchung oder den möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, sprechen Sie uns bitte an!

Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Ärzte des Radiologischen Zentrums, Dres. Schuchard und Bürger, die Befunde bei mitbehandelnden Ärzten einholen bzw. diesen übermitteln dürfen.

Ich habe die Ausführungen zur Untersuchung gelesen und verstanden. Meine Rückfragen wurden mir verständlich beantwortet.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit. Ich willige hiermit in die vorgesehene Untersuchung ein.

Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden.

Unterschrift Patient

Kurzzeichen Arzt/MTRA/MFA

Ablehnung:

Ich lehne die Kontrastmittelgabe ab. Über die möglichen Nachteile meiner Ablehnung wurde ich informiert.

Mühlhausen, den

Unterschrift Patient