
Informationen zur Kernspintomographie (MRT)

Kernspintomographie – was ist das?

Die Kernspintomographie (auch Magnetresonanztomographie, MRT genannt) verwendet Radiowellen und sehr starke Magnetfelder, um präzise Schnittaufnahmen des Körpers zu erzeugen. Schädliche Röntgenstrahlen kommen dabei nicht zur Anwendung.

Was kommt auf mich zu?

Der technische Teil der Untersuchung wird von einer speziell ausgebildeten Röntgenassistentin mit Ihnen durchgeführt und vom Arzt am Bildschirm überwacht.

Vor der Untersuchung sind **Scheckkarten, Uhren, Handy, Portemonnaie, Brille, Hörgeräte, loser Zahnersatz, Schmuck, usw.** abzulegen, die durch das Magnetfeld beschädigt werden und Bildstörungen verursachen können.

Sie müssen für ca. 20-40 Minuten ruhig und entspannt in einem „Tunnel“ liegen. Der Kernspintomograph macht ein lautes, brummendes und klopfendes Geräusch. Sie erhalten deshalb einen Gehörschutz.

Wenn Sie unter Platzangst leiden, teilen Sie uns dieses bitte schon bei der Terminvereinbarung und erneut vor der Untersuchung mit.

Abhängig von der Fragestellung kann es erforderlich sein, MR-Kontrastmittel in die Armvene zu spritzen. Dieses ist ein gut erprobtes und unbedenkliches Medikament, allergische Unverträglichkeiten treten selten auf. Bei langjähriger schwerer Nierenschädigung bzw. Dialyse ist in Einzelfällen eine seltene Bindegewebserkrankung (nephrogene systemische Fibrose) beschrieben worden. Das MR-Kontrastmittel enthält kein Jod und kann auch bei Allergien gegen Röntgenkontrastmittel gegeben werden.

Wann kann eine Kernspintomographie nicht durchgeführt werden?

- Wenn Sie einen Herzschrittmacher oder andere elektronische Implantate tragen.
- Wenn sich bestimmte Metallgegenstände, vor allem Hirngefäßclips und Metallsplitter in Ihrem Körper befinden.
- Wenn Sie ausgedehnte Tätowierungen im Messbereich haben.
- Während einer Schwangerschaft sollten nur nicht aufschiebbare Untersuchungen durchgeführt werden, bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Arzt.

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



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Wurden Sie schon einmal kernspintomographisch untersucht?

Ja, und zwar im Jahre _____ Körperregion: _____ Nein

Tragen Sie ein Bioimplantat, wie z.B. Herzschrittmacher, eine Insulinpumpe, ein Cochlear-implantat, ein Hörgerät, eine Ventrikelshunt oder einen Neurostimulator?

Ja, und zwar _____ Nein

Haben Sie Metall im Körper oder Hirngefäßclips?

Ja, und zwar _____ Nein

Sind Sie schon einmal am Kopf oder am Herzen operiert worden?

Ja, und zwar _____ Nein

Haben Sie eine Nierenschädigung oder müssen Sie zur Dialyse?

Ja, und zwar _____ Nein

Sind bei Ihnen Allergien (allgemein) und / oder eine Kontrastmittelallergie bekannt?

Ja, und zwar _____ Nein

Besteht bei Ihnen eine infektiöse Erkrankung des Blutes wie z.B. Hepatitis oder HIV?

Ja, und zwar _____ Nein

Leiden Sie unter Platzangst?

Ja

Nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Welches sind Ihre derzeitigen Beschwerden?

Wichtig!

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

Wenn Sie Fragen zur Untersuchung, zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, sprechen Sie uns bitte an! Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns bitte hier, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen und der Kernspintomographie, wenn nötig auch der Kontrastmittelgabe, zustimmen.

Elmshorn, den _____

Unterschrift Patient (bzw. gesetzl. Vertreter): _____

Unterschrift Arzt: _____