

# Patienten-Merkblatt und Aufklärung

## Kernspintomographie (MRT)

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat zur Abklärung Ihrer Beschwerden eine Kernspintomographie vorgeschlagen. Bei diesem Untersuchungsverfahren werden mit ungefährlichen Radiowellen, ohne Strahlenbelastung, 2- und 3-dimensionale Aufnahmen von Abschnitten Ihres Körpers in einem röhren- oder c-förmigen Magneten (Kernspintomograph) erzeugt. Anhand dieser Aufnahmen können krankhafte Veränderungen diagnostiziert werden, die häufig mit anderen Untersuchungsmethoden nicht zu erkennen sind.

### Untersuchungsablauf

Eine Kernspin-Untersuchung dauert in der Regel 20 bis 40 Minuten. In dieser Zeit werden bis zu 1.000 Bilder erzeugt. Sie liegen dazu möglichst bequem auf einem beweglichen Tisch und werden während der Untersuchung Klopf- und Rattergeräusche hören. Damit Sie während der Untersuchung möglichst entspannt sind, bekommen Sie auf Wunsch Ohrstöpsel oder Kopfhörer zur Minimierung dieser völlig normalen Geräusche ausgehändigt.



Tunnelsystem

### Kontrastmittelgabe

Eine Vielzahl der Fragestellungen, insbesondere orthopädische, lassen sich bereits ohne die intravenöse Gabe eines Kontrastmittels beantworten. Sollte trotzdem eine Kontrastmittelgabe erforderlich sein, so handelt es sich dabei um eine speziell für die Kernspintomographie entwickelte Substanz (paramagnetisches Kontrastmittel), die in der Regel sehr gut verträglich und auch nicht jodhaltig ist.



offenes MRT

Daher kommt dieses Kontrastmittel auch bei Patienten infrage, die die üblichen jodhaltigen Kontrastmittel nicht vertragen haben.

### Komplikationen

Generell ist die Kernspintomographie ein sehr risikoarmes Untersuchungsverfahren und eignet sich daher auch insbesondere zur Untersuchung von Kindern. Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen können gelegentlich Komplikationen auftreten:

Leichte Kopfschmerzen, Ohrengeräusche (Tinnitus), Hautreizungen, bis hin zu Verbrennungen bei (Permanent-) Make-up/Tätowierungen.

### Mögliche Nebenwirkungen nach Kontrastmittelgabe:

#### Selten:

Beschwerden an der Injektionsstelle, z.B. Venenreizungen, lokale Entzündungen (Abszess), extrem selten Gefäß-/Nervenschäden.

#### Sehr selten:

Überempfindlichkeitsreaktionen wie Übelkeit/ Erbrechen, Juckreiz/Hautausschläge bis hin zu lebensbedrohenden Komplikationen (extrem selten) mit Herz-/Kreislaufversagen.

#### Extrem selten:

Bei Patienten mit stark gestörter Nieren- oder Leberfunktion kann es zu einer nicht behandelbaren Bindegewebserkrankung (Nephrogene Systemische Fibrose) kommen.

**Sollten auch innerhalb weniger Tage nach der Untersuchung Beschwerden auftreten, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt.**

### Fragebogen zur Untersuchung

Beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite bitte sehr sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus!

Bitte Blatt wenden ➔

Name	
Vorname	

Geburtsdatum		
Geschlecht	m <input type="radio"/>	w <input type="radio"/>

1. Tragen Sie einen **Herzschrilltmacher**? Oja   Onein
2. Tragen Sie **andere elektrische Geräte**?  
wie z.B. Insulinpumpe, Schmerzpumpe, Hörgeräte, Neurostimulator? Oja   Onein
3. Befinden sich **Metallteile** in Ihrem Körper wie z.B. Stents, Implantate, Granatsplitter, Spirale?  
Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_ Oja   Onein
4. Haben Sie Tätowierungen, Permanent-Make-up, etc.? Oja   Onein
5. Sind/waren Sie **Krebspatient/in**? Oja   Onein
6. Ist Ihre **Nierenfunktion** eingeschränkt (der Kreatininwert erhöht)? Oja   Onein
7. Besteht eine **Kontrastmittelallergie**? Oja   Onein
8. Leiden Sie unter **Platzangst**? Oja   Onein
9. Wurden Sie an Kopf, Herz oder Blutgefäßen operiert? Oja   Onein
10. Haben Sie schon einmal eine Augenverletzung gehabt, die von einem metallischen Gegenstand hervorgerufen wurde? Oja   Onein
11. Haben Sie ansteckende Erkrankungen wie z.B. Hepatitis, HIV/AIDS?  
Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_ Oja   Onein
12. Welcher Körperteil wird heute untersucht? (Bezeichnung): \_\_\_\_\_  
Wurden Sie daran bereits operiert? Oja   Onein  
Wenn ja: Wann? \_\_\_\_\_
13. Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_
14. Hatten Sie am heute zu untersuchenden Körperteil einen Unfall oder eine (Sport-) Verletzung? Oja   Onein  
Wenn ja: Wann? \_\_\_\_\_
15. Welches Körpergewicht haben Sie? ca. \_\_\_\_\_ kg
16. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Oja   Onein
17. Stillen Sie? Oja   Onein

### **Einwilligungserklärung:**

- **Hiermit willige ich in die geplante Untersuchung ein. Ich versichere, dass ich alle Fragen vollständig und sorgfältig beantwortet habe.** Oja   Onein
- **Falls eine Kontrastmittel-Gabe notwendig ist, bin ich damit einverstanden.** Oja   Onein
- **Mit der Weitergabe meiner Bilder und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte bin ich einverstanden.** Oja   Onein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in ggf. Erziehungsberechtigte/r

### **Haben Sie noch Fragen?**

Unsere Assistentinnen/Assistenten fragen in der Regel die wichtigsten Aspekte dieses Aufklärungsbogens noch einmal ab, bevor die Untersuchung beginnt. Sollten bei Ihnen noch Fragen offen geblieben sein, werden diese vom Arzt bestmöglich beantwortet.