



Patienteninformation zur MRT-Untersuchung

**Herzschrittmacher-Patienten, Künstliche-Herzklappen-Patienten
;Cochlea-Implantat-Patienten und Träger anderer elektronischer
Implantate dürfen nicht untersucht werden!**

Träger metallischer Einpflanzungen (z.B. Gelenkendoprothesen, Osteosynthese-Material, Clips, Stents etc.) müssen sich vor der Untersuchung **beim Praxispersonal bzw. dem Arzt melden**.

Mit der Kernspintomografie (KST) oder Magnetresonanztomografie (MRT) kann man Schnittbilder aus dem Körper erzeugen, ohne Röntgenstrahlen zu benutzen. Unter der Wirkung eines starken Magneten werden schwache elektrische Signale aus dem Gewebe empfangen, die die Informationen für die Bilder liefern.

Nach dem heutigen Erkenntnisstand ist die Untersuchung unschädlich.

Ablauf der Untersuchung:

Sie sollten mit einer Untersuchungszeit bis zu 30 Minuten rechnen. Zur Untersuchung wird der Patient mit der Untersuchungsliege in das Gerät eingeschoben. Der Durchmesser des Gerätetunnels beträgt 65cm und er ist ca. 1,50m lang. Während der Untersuchung sind unterschiedlich laute klopfende Geräusche zu hören.

Es ist sehr wichtig, dass Sie sich während der Untersuchung nicht bewegen!

Schon die kleinsten Bewegungen führen zu Bildunschärfen, die die Auswertung der Aufnahmen unmöglich machen.

Während der Untersuchung des Kopfes bitten wir Sie, den Kopf still zu halten, nicht zu sprechen und auch die Gesichtsmuskeln nicht zu verziehen oder auch z.B. trockene Lippen nicht mit der Zunge zu befeuchten. Des weiteren sollten Sie Ihre Arme und Beine in der Position nicht verändern. Gleichmäßiges Atmen und gelegentliches Schlucken stören die Untersuchung nicht. Weiter vermeiden Sie bitte Haut-Haut-Kontakt im Untersuchungsgerät. Die zuständige Angestellte gibt Ihnen gerne ein Tuch zum Abdecken.

Sollten Probleme auftreten, können Sie jederzeit über die Gegensprechanlage und Klingel Kontakt mit dem Arzt aufnehmen. Es ist auch bei Notfällen möglich, die Untersuchung sofort zu unterbrechen und Sie aus dem Gerät herauszuholen.

Wegen des starken Magnetfeldes ist es wichtig, dass Sie keine Eisen- bzw. Stahlteile oder Scheckkarten bei sich tragen. Schließfächer stehen zur Aufbewahrung dieser Gegenstände zur Verfügung.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie vor dem Betreten des Magnetraumes Uhren und Schmuck, Scheckkarten und Magnetstreifenkarten (diese würden gelöscht!) abgelegt und dass Sie sich vor der Untersuchung abgeschminkt (nur bei Untersuchungen des Schädels) haben.

Bitte auch alle Metallgegenstände wie Taschenmesser, Feuerzeuge, Kleingeld, Schlüssel, Haarnadeln usw. in der Umkleidekabine zurücklassen. Selbst kleine Metallgegenstände werden durch das Magnetfeld sehr stark angezogen. Es kann zu ernsthaften Verletzungen führen, wenn diese Gegenstände plötzlich aus der Kleidung mit ungeheurer Wucht in den Magneten gezogen werden.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unser Praxispersonal.

Patientenname:

PC-Nr. im Medistar:

Geburtsdatum: Körpergewicht: (kg)

Körpergröße: (cm)

Wir bitten Sie folgende Fragen vor Ihrer MRT-Untersuchung gewissenhaft zu beantworten:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder eines Neurostimulators ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Cochlea-Implantat (künstliche innere Ohrschnecke)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine künstliche Herzklappe ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sollten Sie eine dieser Fragen mit JA beantwortet haben, kann eine MRT-Untersuchung nicht durchgeführt werden. Es droht Lebensgefahr bei Herzschrittmacherträgern, bzw. die Zerstörung des elektronischen Implantats! Bitte wenden Sie sich an unser Praxispersonal!

Bei **Frauen**: Sind Sie schwanger? ja nein

Haben Sie eine infektiöse Krankheit (Hepatitis, HIV, ...)? ja nein

Leiden Sie unter **Allergien**? Wenn ja, wogegen: _____ ja nein

Leiden Sie unter einer **Nierenfunktionsstörung** (Kreatinin)? ja nein

Tragen Sie ein **Hörgerät**? (Wenn ja, vor der Untersuchung bitte ablegen!) ja nein

Tragen Sie herausnehmbare **Zahnprothesen**? (Wenn ja, bitte herausnehmen!) ja nein

Befinden sich in Ihrem Körper evtl. **Metallteile**? ja nein
(z.B. Metall- oder Granatsplitter, Schussverletzung, Clips, Prothesen nach einer Operation oder magnetische Fixierungen für Zahnprothesen etc.)

Gibt es Gründe, weshalb Sie nicht längere Zeit absolut **stillliegen** können? ja nein
(z.B. Niesen bei Erkältung, starkes Jucken, Zittern, unwillkürliche Bewegungen, starke Schmerzen)?

Kommen Sie aufgrund eines **Unfalls** zu dieser Untersuchung? ja nein

Wurden Sie an **Herz** oder **Kopf** bereits **operiert**? ja nein

Wurden Sie an dem heute zu untersuchenden Körperteil bereits operiert? ja nein

Wenn ja, was und wann wurde operiert: _____

Tragen Sie eine **Zahnspange** oder **Brackets**? (Wenn ja, so muss / müssten diese vor der Untersuchung entfernt werden) ja nein

Tragen Sie eine **Tätowierung und / oder Permanent-Make-up**? ja nein
(in äusserst seltenen Fällen kann es an der betroffenen Stelle zu Verbrennungen kommen)?

- Falls ja, an welcher Körperstelle:

Welche Hauptbeschwerden haben zu der heute vorgesehenen Untersuchung geführt:

Bei einigen Untersuchungen muss ein paramagnetisches Kontrastmittel in eine Vene gespritzt werden, um krankhafte Befunde erkennen zu können. Dieses Kontrastmittel enthält kein Jod, sondern einen Gadolinium- oder Eisen-Komplex, je nach Untersuchungsziel. Diese Kontrastmittel sind gut verträglich.

Mit dem Einspritzen des paramagnetischen Kontrastmittels in eine Vene bin ich einverstanden: ja nein

Für Schäden, die durch Nichtbeachten dieser Aufklärung entstehen (s. auch Rückseite), übernehmen wir keine Haftung.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, vom obenstehenden Inhalt (Vorder- und Rückseite dieses Schreibens) Kenntnis genommen und die Fragen richtig beantwortet zu haben:

Bad Homburg, den _____ Unterschrift des Patienten: _____