

Bitte lesen Sie die Hinweise in Ruhe und füllen Sie das Formular vollständig und sorgfältig aus.

Was ist MRT (Kernspintomographie)?

Der MR-Tomograph verwendet keine Röntgenstrahlen, er erzeugt ein starkes Magnetfeld, womit die Körperregionen als Querschnittsbilder dargestellt werden können.

Wann darf keine MRT-Untersuchung durchgeführt werden?

Herzschrittmacher und ähnliche elektronische Geräte, die sich in/oder an Ihrem Körper befinden, können in ihrer Funktion gestört werden. Daher ist hier ebenso wie bei Vorliegen von metallischen Fremdkörpern in bestimmten Bereichen (z. B. Gehirn) keine Untersuchung möglich. Zahnimplantate sind demgegenüber unproblematisch.

Was müssen Sie vor der Untersuchung beachten?

Gegenstände aus Metall (z. B. Portemonnaie, Schmuck, Hörgeräte, Geld, Schlüssel, Mobiltelefone, Gürtel) dürfen Sie nicht mit in den Untersuchungsraum nehmen. EC- und Kreditkarten werden vom Magneten unbrauchbar gemacht.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Sie werden auf einer Liege in das Gerät gefahren. Um gute Bilder zu erhalten, ist es wichtig, dass Sie ruhig liegen. Es treten laute Geräusche und Vibrationen auf. Daher erhalten Sie einen Gehörschutz. Fühlen Sie sich unwohl, können Sie sich mit einer Klingel bemerkbar machen. Wir beobachten Sie während der gesamten Untersuchung.

Wie lange dauert eine MRT-Untersuchung? Jede Untersuchung wird individuell angepasst. Eine genaue Zeitdauer kann vorab nicht festgelegt werden. In der Regel beträgt diese jedoch ca. 10 bis 20 Minuten.

Ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich?

Bei bestimmten Fragestellungen ist eine Kontrastmittelgabe notwendig. Dazu muss eine Verweilkanüle in eine Armvene gelegt werden. Selten können Nierenfunktionsstörungen auftreten. Extrem selten kann eine Bindegewebserkrankung (nephrogene systemische Fibrose) ausgelöst werden. Gefährdet sind Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion.

Können bei einer MRT-Untersuchung Komplikationen auftreten?

In seltenen Fällen kann es durch das Kontrastmittel zu leichten Haut-/Venenreaktionen und Unwohlsein kommen. Extrem selten können andere allergische Reaktionen auftreten wie z.B. Herz-Kreislaufreaktionen. Permanent-MakeUp oder Tätowierungen können zu Hautreizungen führen.

Was muss ich nach der Untersuchung beachten?

Im Anschluss an eine i.v. Kontrastmittelgabe sollten Sie eine ausreichende Menge Flüssigkeit trinken. Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf.

Wurde bei Ihnen bereits ein MRT durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine künstliche Herzklappe, Gefäßstents oder andere elektronische Geräte ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Körpergewicht (Kg): **Körpergröße (cm):**

Bitte wenden

Bitte entfernen Sie Schmuck und Piercings bereits vor der Untersuchung.			
Haben Sie Metallteile im oder am Körper? (z.B. Blutzuckersensor, Zahnersatz, Gelenkprothesen/TEP, Granatsplitter, Cochlea-Implantat, Hörgeräte, Piercings, Skin Diver) Wenn ja, welche?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wurde das Implantat bereits durch uns auf MRT-Tauglichkeit geprüft?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer chronisch infektiösen Erkrankung (z. B. HIV, Hepatitis C)?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion, Nierenerkrankung oder Dialysepflicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unklar <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? Wenn Ja, seit wann und welche?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Platzangst (Klaustrophobie) ?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Medikamentenallergie ? Wenn ja, welche:		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche Beschwerden haben Sie aktuell im Untersuchungsbereich?			
Seit wann bestehen die Beschwerden?			
Hatten Sie einen akuten Unfall oder eine akute Sportverletzung in diesem Zusammenhang?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, wann und was ist passiert?			
Wurden sie schon im Bereich der heutigen Untersuchungsregion operiert ?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, wann und Art der OP?			
Sind Sie mit einer eventuellen Kontrastmittel-Gabe einverstanden?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unklar <input type="checkbox"/>
Stillen Sie?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bei weiteren Fragen sprechen Sie uns bitte an!			
Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten			
Meine Befunde dürfen an die weiterbehandelnden Ärzte verschickt und auswärtige Voruntersuchungen angefordert werden. Ebenso stimme ich der Übersendung eines Links, zu meinen Untersuchungsunterlagen, im Patientenportal per E-Mail zu. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die MRT-Untersuchung ein.			
Bei Untersuchungen Minderjähriger ist die Einverständniserklärung der Eltern erforderlich.			
Ort, Datum: _____			
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Betreuer: _____			