

## Information zur Magnetresonanztomographie (MRT/Kernspintomographie)

Barcode

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zur Magnetresonanztomographie (MRT) überwiesen. Bei der MRT des Körpers werden Schnittbilder mit Hilfe von Magnet- und Hochfrequenzfeldern erstellt. Im Vergleich zur Computertomographie kann vollständig auf Röntgenstrahlen verzichtet werden. Die Untersuchungszeit beträgt ca. 30 Minuten. Ein lautes, klopfendes Geräusch bei der Untersuchung ist leider nicht zu vermeiden. Um eine möglichst gute Bildqualität zu erreichen, bitten wir Sie, während der Untersuchung so ruhig wie möglich zu liegen.

Ein schädigender Einfluss der Magnetresonanztomographie ist derzeit nicht bekannt. Zur Vermeidung von Störfaktoren und um Risiken für einen begrenzten Patientenkreis zu vermeiden, bitten wir Sie um die Beantwortung nachstehender Fragen.

Hatten sie bereits eine Kernspintomographie (generell)? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)  
Haben Sie Voraufnahmen oder Befunde dabei? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Haben Sie einen **Herzschrittmacher / Cardio-Defibrillator ICD**  
**Falls ja, ist ein MRT nicht möglich!**

ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe?**

ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Haben Sie **Metall-Clips im Kopf oder Rückenmarkbereich?**

ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Haben Sie **Stents?**

ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Sind Sie an der Wirbelsäule operiert? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)  
wenn Ja wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Metallteile im/am Körper (bitte zutreffendes Unterstreichen)** ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

z.B. Granatsplitter, Metallsplitter (insbesondere Auge!), Osteosynthesematerial  
(Schrauben, Platten, Cerclagen), Gelenkprothese, Metallclips,

**Insulinpumpe, Zytostatikapumpe, Neurostimulator, Hörgeräte**, Cochlea-Implantat, Piercing,  
Schmuckimplantate (Dermalanker), Zahnspangen, Zahnprothese, Retainer, Tätowierungen

“Permanent Make-ups” (->diese können sich erwärmen und im schlimmsten Fall zu Verbrennungen führen)

Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Besteht eine Schwangerschaft / oder stillen Sie? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Haben Sie eine Kupfer-Spirale? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Haben Sie eine Allergie auf Medikamente? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Haben Sie Angst in engen Räumen? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Ist eine Infektionskrankheit bei Ihnen bekannt (z.B. Hepatitis, HIV usw.)? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Bei speziellen Fragestellungen ist es notwendig, **Kontrastmittel** über eine Armvene zu spritzen. Diese besitzen eine sehr gute Verträglichkeit und werden innerhalb weniger Stunden über den Urin wieder ausgeschieden. Allergische Nebenwirkungen sind, wie bei allen Medikamenten, möglich, jedoch sehr selten (weniger als 1%). Einer Kontrastmittelgabe stimme ich nach vorheriger Aufklärung zu

ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

### Bitte beachten Sie noch folgendes:

Alle metallhaltigen Gegenstände, wie Uhr, Brille, Münzen, Handy etc. sowie Plastikkarten mit Magnetstreifen vor Betreten des Untersuchungsraumes in der Umkleide ablegen!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_