

PATIENTEN – MERKBLATT UND AUFKLÄRUNG ÜBER MRT – UNTERSUCHUNGEN (KERNSPINTOMOGRAPHIE)

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Kernspintomographie (MRT) stellt eine der modernsten und körperschonendsten Untersuchungs-Methoden in der diagnostischen Radiologie dar. Bei der MRT-Untersuchung kommt es zu keiner Strahlenbelastung. Mit Hilfe eines starken Magnetfeldes werden überlagerungsfreie Schichtbilder von einzelnen Organen oder Gelenken dargestellt.

Wann kann keine MRT-Untersuchung gemacht werden?

Bei Herzschrittmachern, Insulinpumpen, Neurostimulatoren und Defibrillatoren ist eine Untersuchung derzeit nicht möglich. Metallhaltige Fremdkörper (z.B. Metallsplitter) im Kopf, Auge, Lunge oder Blutgefäßen bergen ein Verletzungsrisiko. Metall-Implantate im Mittel- oder Innenohr sowie Gefäßclips im Kopf müssen als „MRT-tauglich“ klassifiziert sein. Herzklappenersatz und Metallclips nach Operationen im Bauch- und Brustbereich stellen meist kein Problem dar. Jedoch sollten Sie uns darüber informieren, damit wir ein Risiko ausschließen können. Auch Permanent-Make-Up an den Augenlidern kann bei einigen Untersuchungen ein Risiko darstellen. In den ersten drei Monaten der Schwangerschaft können wir MRT-Untersuchungen nur nach persönlicher Beratung bei akut relevanter Fragestellung durchführen.

Was ist vor der MRT-Untersuchung zu beachten?

Vor Untersuchungen des Bauchraumes sollten Patienten mindestens zwei Stunden vorher nüchtern bleiben. Gegenstände aus Eisen oder Metallteile, die in das Magnetfeld gelangen, können zu Unfällen und Bildartefakten führen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, alle metallhaltigen Gegenstände in der Umkleidekabine abzulegen, wie z.B. **Uhr, Brille, Schlüssel, Hörgeräte, (Piercing-) Schmuck, Haarnadeln/ -spangen, Geldmünzen, Kugelschreiber, Gürtel, Kreditkarten und Handys.**

Wie ist der Ablauf einer MRT-Untersuchung?

Zu Beginn der MRT-Untersuchung werden Sie von unserem medizinischen Personal auf einem Untersuchungstisch gelagert. Dabei wird die zu untersuchende Körperregion auf oder in einer Messspule positioniert. Anschließend werden Sie in die Öffnung des

Magneten hinein gefahren. Die wichtigste Voraussetzung für eine gelungene Untersuchung ist, jegliche Störung durch Bewegung während der gesamten Untersuchungszeit zu vermeiden! Es kann hilfreich sein, wenn Sie Ihre Augen schließen. Während des eigentlichen diagnostischen Bildaufnahmeprozesses entstehen zum Teil laute Klopfgeräusche, die technisch nicht zu vermeiden sind. Deshalb erhalten Sie von uns einen wirksamen Gehörschutz. Je nach Fragestellung beträgt die Untersuchungsdauer zwischen 10 und 60 Minuten. Wir sind sehr bemüht, die vereinbarten Untersuchungstermine einzuhalten. Dennoch kann es in Einzelfällen zu Verzögerungen kommen, da wir auch an der Notfallversorgung von Krankenhauspatienten beteiligt sind. Haben Sie bitte Verständnis dafür, wenn Wartezeiten entstehen.

Kontrastmittel

Für die Diagnoseerstellung kann es je nach Fragestellung notwendig sein, ein Kontrastmittel zu verwenden. Dieses speziell für die MRT entwickelte nicht-jodhaltige Kontrastmittel wird in die Armvene injiziert. Die MRT-Kontrastmittel sind sehr gut verträglich. Bei deutlich eingeschränkter Nierenleistung muss meist auf ein Kontrastmittel verzichtet werden. Nach intravenöser Kontrastmittelgabe ist auf eine ausreichende Trinkmenge zu achten.

Risiken und Komplikationen

Die MRT-Untersuchung ist schmerzfrei und nach heutigem Kenntnisstand ohne gesundheitliche Neben- oder Nachwirkungen. Make-Up, Tätowierungen und Permanent-Make-Up können vereinzelt zu Hautreaktionen führen. Falls Sie im Besitz eines Allergiepasses sind, bitten wir Sie, diesen vorher vorzulegen. Unverträglichkeiten mit anderen Medikamenten sind nicht bekannt.

Wann erfahre ich das Ergebnis der Untersuchung?

Die MRT-Bilder werden Ihnen im Normalfall nach der Untersuchung ausgehändigt. Ein Arztgespräch findet in der Regel nach der MRT-Untersuchung statt. Der schriftliche Befund geht in der Regel innerhalb von drei bis fünf Werktagen per Post an den zuweisenden Arzt.

FRAGEBOGEN ZUR MRT-UNTERSUCHUNG

Name, Vorname

geboren am

Gewicht in kg

Größe in cm

Bitte händigen Sie uns Voraufnahmen sowie Arztberichte von Voruntersuchungen des zu untersuchenden Körperabschnittes schon vor Beginn der Untersuchung aus. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus!

1 Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes? (Bitte kurze Beschreibung der Symptome)

8 Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder andere elektronische Geräte wie z.B. Insulinpumpe, Hörgeräte, Defibrillator, Neurostimulator?

ja nein

Was?

2 Bitte geben Sie die betroffene Körperseite an.

9 Sind in/an Ihrem Körper Metallteile wie z.B. Gefäßclips, Stents, Metallsplitters, Metallprothesen, Implantate, Spirale? Tragen Sie Piercings oder herausnehmbare Zahnprothesen?

ja nein

Was?

3 Wurden Sie bereits im Bereich/am Organ der zu untersuchenden Körperregion operiert?

10 Haben Sie ein Permanent-Make-Up oder Tätowierungen?

ja nein

Was?

Wann?

4 Ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit bekannt (z.B.: Tuberkulose, AIDS, Hepatitis) oder liegt eine eingeschränkte Nierenfunktion vor?

11 Haben Sie zurzeit erhöhte Temperatur / Fieber?

ja, wie hoch _____ nein

Was?

5 Sind / waren Sie Krebspatient?

Für FRAUEN im gebärfähigen Alter:

Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt?

ja nein

ja nein

Welches Organ war/ist betroffen?

Stillen Sie zurzeit?

ja nein

6 Gab es Unverträglichkeitsreaktionen oder Probleme bei früheren MRT-Untersuchungen?

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG:

BITTE ANKREUZEN!

Ich habe den Aufklärungsbogen sorgsam gelesen und bin über die geplante Untersuchung ausführlich informiert. Ich versichere, dass ich sämtliche Fragen vollständig und nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit in die angeordnete Untersuchung ein.

Sollte bei der Untersuchung eine Kontrastmittel-Injektion erforderlich sein, bin ich damit einverstanden.

Welche?

7 Leiden Sie an Klaustrophobie (Platzangst)?

ja nein

Ich wünsche eine Kopie des Fragebogens.

Ich wünsche keine Kopie des Fragebogens

Datum, Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/er