

## PATIENTENMERKBLATT UND AUFKLÄRUNG ÜBER MRT-UNTERSUCHUNGEN (KERNSPINTOMOGRAPHIE)

**Liebe Patientin, lieber Patient,**  
die Kernspintomographie (MRT) stellt eine der modernsten und körperschonendsten Untersuchungsmethoden 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. Metallimplantate 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 hineingefahren. 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.

### Risiken einer eventuellen Kontrastmitteluntersuchung

In der Regel verläuft die Kernspintomographie ohne erkennbares Risiko. An Nebenwirkungen und Komplikationen nach intravenöser Kontrastmittelgabe können auftreten:

- **Selten** (0,01 % - 0,1 %): Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag und ähnliche leichte allergische Reaktionen. Sie klingen in den meisten Fällen von selbst ab und bedürfen keiner weiteren Behandlung.
- **Sehr selten** (< 0,01 %): Schwerwiegende allergische Reaktionen mit Kreislaufschock, Herzversagen, Atemstillstand. Sie erfordern eine stationäre Behandlung und können zu bleibenden Schäden führen.
- **Sehr selten** (< 0,01 %): Haut-, Weichteil- und Nervenschäden an der Stelle, an der das Kontrastmittel injiziert wurde; sie bilden sich meist von selbst wieder zurück. Extrem selten kann es jedoch zu Komplikationen wie z. B. einem Spritzenabszess oder zu einem Absterben von Gewebe (Nekrose) infolge eines Entweichens von Kontrastmittelflüssigkeit aus einer Vene in das umliegende Gewebe kommen, die eine medikamentöse oder operative Behandlung erfordern.
- **Einzelfälle** (< 0,001 %): Sog. nephrogene systemische Fibrose (NSF) mit Vernarbungen der Haut und inneren Organe bis zum Organversagen und Tod bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz; nicht sicher auszuschließen bei mittelgradiger Nierenfunktionsstörung.

Melden Sie bitte dem medizinischtechnischen Assistenzpersonal, wenn Sie während der Untersuchung etwas Außergewöhnliches an sich bemerken (z. B. Niesreiz, Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit).

### 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 normalerweise innerhalb von 3 bis 5 Werktagen per Post an den zuweisenden Arzt.

**BLATT BITTE WENDEN**

#### Hauptsitz

St. Josef-Hospital  
Mülheimer Straße 87  
46045 Oberhausen

#### Standort

Evangelisches Krankenhaus Oberhausen (EKO)  
Virchow Straße 20  
46047 Oberhausen

#### Standort

St. Clemens-Hospital  
Wilhelmstraße 34  
46145 Oberhausen

#### Standort

St. Marien-Hospital  
Nürnberger Straße 10  
46117 Oberhausen

# FRAGEBOGEN ZUR MRT-UNTERSUCHUNG

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Bitte geben Sie die betroffene Körperseite an.  
links    rechts

3. Wurden Sie bereits im Bereich der zu untersuchenden Körperregion operiert?  
ja    nein

Wann? \_\_\_\_\_

4. Ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit bekannt (z. B.: Tuberkulose, AIDS, Hepatitis)?  
ja    nein

Was? \_\_\_\_\_

5. Liegt bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion vor?  
ja    nein

6. Leiden Sie an einer rheumatischen Erkrankung mit Gelenkbeteiligung?  
ja    nein

7. Sind / waren Sie Krebspatient?  
ja    nein

Welches Organ war/ist betroffen? \_\_\_\_\_

8. Gab es Unverträglichkeitsreaktionen oder Probleme bei früheren MRT-Untersuchungen?  
ja    nein

9. Bestehen Allergien z. B. bei Medikamenten, Heuschnupfen, Nahrungsmitteln oder Kosmetika  
ja    nein

Welche? \_\_\_\_\_

10. Leiden Sie an Klaustrophobie (Platzangst)?  
ja    nein

11. Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator oder andere elektronische Geräte, wie z. B. Insulinpumpe, Hörgeräte, Neurostimulator?  
ja    nein

Was? \_\_\_\_\_

12. Sind in/an Ihrem Körper Metallteile, wie z. B. Gefäßclips, Stents, Metallsplitter, Metallprothesen, Implantate oder Spirale, vorhanden? Tragen Sie Piercings oder herausnehmbare Zahnprothesen?  
ja    nein

Was? \_\_\_\_\_

13. Haben Sie ein Permanent-Make-Up?  
ja    nein

14. Haben Sie Tätowierungen?  
ja    nein

15. Haben Sie zurzeit erhöhte Temperatur / Fieber?  
ja, wie hoch? \_\_\_\_\_    nein

Für FRAUEN im gebärfähigen Alter:

Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt?  
ja    nein

Stillen Sie zurzeit?  
ja    nein

## 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 Kontrastmittelinjektion erforderlich sein, bin ich damit einverstanden.

Ich wünsche eine Kopie des Fragebogens.  
Ich wünsche keine Kopie des Fragebogens.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte/r, Bevollmächtigte/r