

# RADIOLOGISCHE PRAXIS BORKEN

## Dr. med. K. Schwier / E. Balten

### Information über die Kernspintomographie / Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT)

Liebe/r Patient/in,  
die bei Ihnen durchzuführende Kernspintomographie (MRT) ist eine Untersuchungsmethode, die Bilder des menschlichen Körpers ohne Anwendung von Röntgenstrahlen liefert. Diese Bilder werden mit Hilfe eines großen Magneten, einer Art Antenne, zum Senden und Empfangen von Radiowellen und mit Hilfe eines Computers erzeugt. Dauerhafte schädliche Wirkungen sind bei Beachtung von entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen nicht bekannt. Während der Untersuchung verursacht das Gerät laute Klopfgeräusche auf Wunsch händigen wir Ihnen Ohrstöpsel aus.

Extrem selten treten Ohrgeräusche (Tinnitus) auf, die normalerweise bald wieder verschwinden, in ganz seltenen Fällen auch dauerhaft bleiben. Manche Patienten klagen über Kopfschmerzen nach der MRT, diese vergehen meist bald von selbst wieder.

Die Gabe eines Kontrastmittels kann notwendig sein. Dieses löst sehr selten Unverträglichkeiten aus, die zu Hautausschlag, Juckreiz oder Erbrechen führen können. Meist verschwinden diese Reaktionen von selbst wieder. Schwere allergische Unverträglichkeiten auf Kontrastmittel führen extrem selten zu Schleimhautschwellungen im Kehlkopf und damit zur Verschlechterung der Atemfunktion und Krämpfen, sowie zu Herz-Kreislaufstörungen (Schock), die lebensbedrohlich werden können. Bitte trinken Sie nach der MRT viel Wasser, Tee oder Säfte, damit das Kontrastmittel so schnell wie möglich wieder ausgeschieden wird.

24 Stunden nach der MRT dürfen Sie, wenn Sie ein Beruhigungs- oder Schmerzmittel erhalten haben, auf keinen Fall ein Auto, Motorrad, Motorroller oder Fahrrad führen, sowie Maschinen bedienen.

Um mögliche Risiken zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- |                                                                                                                                       | Nein                     | Ja                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie Träger/in eines <b>Herzschrittmachers, Defibrillators, Neurostimulators</b> oder einer <b>Insulinpumpe</b> ?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Befinden sich in Ihrem Körper <b>Metallteile</b> wie Gefäßclips, Gelenkprothesen, Granatsplitter, Tätowierungen oder eine Spirale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie an <b>Herz, Kopf</b> oder <b>Ohren</b> operiert?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leiden Sie unter einer <b>Nierenerkrankung</b> ?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie Angst vor <b>engen Räumen</b> ?                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Besteht eine <b>Überempfindlichkeit</b> gegen Medikamente, Pflaster, Chemikalien, Nahrungsmittel oder Röntgenkontrastmittel?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Telefonnummer: _____                                                                                                               |                          |                          |
| 8. Bei Frauen in gebärfähigem Alter: Liegt bei Ihnen eine <b>Schwangerschaft</b> vor?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich hätte gerne eine Kopie des obigen Aufklärungsbogens                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bestätigung Kopie erhalten \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in

**Vor der Untersuchung:** Entleeren Sie bitte in der Umkleidekabine Ihre Taschen und legen insbesondere Hörgeräte, Uhr, Brille, Ohringe, Metallteile an der Kleidung, Geldmünzen, Kugelschreiber, Schlüssel, Haarspangen und Scheckkarten in der Kabine ab.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in (bzw. gesetzl. Vertreter/in)

Unterschrift Arzt/Ärztin