

Kernspintomographie – MRT

Name: _____

Klosterstraße 31 | 59555 Lippstadt
Anmeldung: 02941 . 669 66 0
Telefax: 02941 . 669 66 22
Website: www.radiologie-lp.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Geburtsdatum: _____

die Kernspintomographie gehört zu den modernsten und aufwändigsten bildgebenden Untersuchungsverfahren der modernen Medizin. Statt Röntgenstrahlung werden hier zur Untersuchung ein Magnetfeld und Radiowellen genutzt. Die entstehenden Signale werden von einem leistungsfähigen Computer zu Schichtaufnahmen Ihres Körpers verarbeitet. Während der einzelnen Messungen hören Sie unterschiedlich laute Klopfgeräusche aus dem Gerät. Bitte bleiben Sie dabei möglichst bewegungslos liegen. Während der gesamten Messzeit sind Sie unter ständiger Beobachtung und haben auch die Möglichkeit, sich über einen Alarmknopf zu melden. Die Untersuchungszeit beträgt etwa 20 bis 30 Minuten. Abhängig von der Fragestellung ist eventuell eine Injektion geringer Mengen eines speziellen jodfreien Kontrastmittels in eine Vene am Arm erforderlich, die in der Regel kaum wahrnehmbar ist. Nur in sehr seltenen Ausnahmefällen kann es hierbei zu allergischen Reaktionen wie Hautausschlag, Juckreiz, Übelkeit und Luftnot kommen; ein allergischer Schock ist extrem selten. Da sich Ihr gesamter Körper während der Messzeit in einem sehr starken Magnetfeld befindet, können Metallteile im oder am Körper die Bildqualität beeinflussen und sogar Ihre Sicherheit gefährden.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

| | JA | NEIN |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, einer implantierten Pumpe, eines Hörgerätes oder einer Liquordrainage? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Befinden sich andere Metallteile in Ihrem Körper? (z. B. Granatsplitter, Gelenkprothese, Intrauterinpressar (Spirale), künstliche Herzklappe) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gefäßclips nach Operationen, Stents? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Größe: _____ Gewicht: _____ | | |

Vor dem Betreten des Untersuchungsraums müssen Sie alle metallischen Gegenstände wie z.B. Hörgerät, Uhr, Brille, Ohringe, Zahnprothesen, Münzen, Schlüssel, Kugelschreiber/Füller, Haarspangen und Metallteile an der Kleidung ablegen. Scheckkarten mit Magnetstreifen und ähnliche Datenträger werden durch das Magnetfeld gelöscht! Für eventuell bestehende weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Erklärung des Patienten:

| | JA | NEIN |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Ich wurde ausreichend über diese Untersuchung informiert und willige dazu ein. Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung zu der Untersuchung jederzeit widerrufen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich bin mit der Übermittlung von notwendigem Bildmaterial und Befunden an die weiterbehandelnde Klinik/Praxis (auch für Kontrollen oder im Falle einer Operation) einverstanden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich nehme zur Kenntnis, dass mir auf Wunsch eine Kopie dieses Aufklärungsbogens ausgehändigt werden kann. | | |