

Vorbereitung für die Magnetresonanz-Tomographie (MRT)

Wichtig!!!!

Bitte beachten sie folgende Vorbereitungen die sie ganz einfach bereits **ZUHAUSE** erledigen können.

- Bitte lassen sie jeglichen **SCHMUCK** (Ohringe, Ketten, Ringe etc...) zuhause.
- Sämtliche am Körper fixierten **PIERCINGS** bitte zuhause vor der Untersuchung entfernen.
- Wenn sie einen **BH** tragen dann bitte nur welche ohne Bügel (z.B. Sport-BH).
- An ihrer Kleidung sollten sich keine **METALLISCHEN KNÖPFE** oder **Reißverschlüsse** befinden.

Informationsblatt für die Magnetresonanztomographie (MRT)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die unten angeführten Fragen zu beantworten.

Was ist eine Magnetresonanztomographie?

Mit der Magnetresonanztomographie wird der Körper ohne Röntgenstrahlen untersucht. Bei der Untersuchung werden durch starke Magnetfelder kurzdauernde Radiowellen erzeugt. Die Signale, die dabei aus dem Körper empfangen werden, werden mit einem Computer ausgewertet. Die Magnetresonanztomographie ist eine sehr zuverlässige und genaue Methode, trotzdem sind endgültige Diagnosen nicht in jedem Fall möglich. Die Untersuchung ist bei sachgemäßer Durchführung völlig schmerzfrei, und schädliche Auswirkungen sind derzeit nicht bekannt.

Wichtige Informationen:

Bitte legen sie jeglichen Schmuck alle Piercings und alle metallischen Gegenstände (BH-Bügel, metallische Knöpfe, Reißverschlüsse, ...) ab?

- Während der Untersuchung sind laute Klopferäusche zu hören.
- Unter Umständen bewegt sich die Untersuchungsliege während der Untersuchung.
- Bleiben sie ganz ruhig liegen, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen.

Wozu dient ein Kontrastmittel?

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Ihnen ein Kontrastmittel als Injektion oder als Infusion in eine Armvene verabreicht wird. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe und anatomischer Körperstrukturen notwendig sein und um eventuell krankhafte Veränderungen besser zu erkennen. Durch das Kontrastmittel kann bei manchen Untersuchungen die Aussagekraft verbessert werden.

Nebenwirkungen und Komplikationen des Kontrastmittels:

- An der Einstichstelle kann es zu einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen.
- Es könnte unter Umständen Unverträglichkeitsreaktionen, wie leichte Blutdruckschwankungen, Übelkeit oder Schmerzen und/oder allergische Reaktionen wie Juckreiz oder Quaddeln, auftreten.
- In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.
- Bei vorgeschädigter Niere kann es durch Verabreichen eines Kontrastmittels zu schweren Entzündungen von Haut und Bindegewebe mit Gelenksversteifung und Narbenbildung kommen.

Magnetresonanz-Tomographie (MRT)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:

Name:

Geburtsdatum:/...../..... Größe: cm, Gewicht: kg

Tragen sie Tätowierungen, Körperschmuck (Piercing) oder Permanent-Make-up?

JA NEIN

Haben oder hatten Sie einen Herzschrittmacher oder einen implantierten Defibrillator?

JA NEIN

Wenn Ja ist dieser MR-tauglich (MR conditional)?

JA NEIN

Haben Sie schon einmal MR-Kontrastmittel bekommen?

JA NEIN

Wenn ja, gab es dabei Komplikationen?

JA NEIN

Welche Komplikationen sind aufgetreten?

Wurde bei Ihnen eine Operation am Herzen, am Kopf oder an Gelenken durchgeführt?

JA NEIN

Wenn ja: haben sie Implantate? z.B. Defibrillator, Ohrimplantate, Aneurysmaclip, Herzklappe Insulinpumpe, Gelenksprothese, Shunt, Port-a-Cath, Stent, Medikamentenpflaster ...

Welche Implantate:, bitte Implantatausweis vorlegen!

Haben sie Metallteile oder –splitter (Marknagel,...) im Körper?

JA NEIN

Wenn ja welche?

Haben sie schon mal eine MR-Untersuchung gehabt?

JA NEIN

Gab es dabei Probleme, wenn ja welche?

Leiden sie an einer Nierenerkrankung?

JA NEIN

Haben sie Allergien, Diabetes (hoher Blutzucker) Asthma oder Medikamentenunverträglichkeit?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

Für Patientinnen: **Könnten Sie schwanger sein?**

JA NEIN

Verhüten Sie mittels Spirale?

JA NEIN

Stillen Sie?

JA NEIN

Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden Nein

JA NEIN

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Der vorgeschlagenen Untersuchung stimme ich zu.

.....
Datum

.....
Unterschrift d. Patient/in

Überprüfung der oben angeführten Punkte durch RT:

Vom Personal auszufüllen:

Krea:

GFR:

B-Datum: