

AUFKLÄRUNG UND UNTERSUCHUNGSVORBEREITUNG ZUR OFFENEN MRT (KERNSPINTOMOGRAPHIE)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich zu einer Kernspintomographie entschlossen. Dies ist eine strahlenfreie Untersuchungsmethode, mit der die verschiedensten Körperregionen untersucht werden können. Dabei werden Sie liegend in ein für Sie nicht spürbares **Magnetfeld** gebracht. Das Gerät, mit dem Sie untersucht werden, ist ein offener Kernspintomograph der neuesten Generation.

Die **Dauer Ihrer Untersuchung** hängt von der jeweiligen Fragestellung ab und variiert im Regelfall zwischen 25 und 40 Minuten. (Ausnahmen hierbei sind Spezialuntersuchungen wie z.B. Herz-MRT und Ganzkörper-MRT). Wichtig während der gesamten Zeit ist es, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben, um sogenannte Bewegungsartefakte (verwackelte Bilder) zu vermeiden. Die Assistentin bleibt während der gesamten Untersuchung mit Ihnen in Sicht- und/oder Sprachkontakt.

Um Ihnen die Untersuchung so angenehm wie möglich zu machen, erhalten Sie währenddessen Kopfhörer, die den **Geräuschpegel des Gerätes** dämmen sollen. Wenn Sie möchten, spielen wir während der Untersuchung auch Musik über diese Kopfhörer ein. Lediglich bei Untersuchungen des Kopfes und der Halswirbelsäule ist aus technischen Gründen die Nutzung von Kopfhörern eingeschränkt. Alternativ erhalten Sie dann lärm-dämmenden Gehörschutz.

Je nach Fragestellung kann für die Untersuchung eine **Kontrastmittelgabe** nötig sein. Dafür sollte ein aktueller Kreatininwert (Kreatinin = Stoffwechselprodukt, welches über die Nieren ausgeschieden wird) vorher bestimmt worden sein. Sinnvoll ist dies z. B. dann, wenn bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt ist. Bitte teilen Sie uns vor der Untersuchung mit, ob bei Ihnen eine solche Funktionsstörung vorliegt und/oder ob es aktuelle Blutwerte diesbezüglich gibt.

Das von uns verwendete Kontrastmittel enthält kein allergieauslösendes Jod und ist in den allermeisten Fällen sehr gut verträglich. Sollten Sie sich jedoch nach Gabe dieses Kontrastmittels unwohl fühlen, teilen Sie das bitte der Assistentin mit. Im Notfall haben Sie immer die Möglichkeit, über einen Alarmball, den Sie während der gesamten Untersuchungsdauer bei sich haben, die Untersuchung vorzeitig abubrechen.

Zu Ihrer **eigenen Sicherheit** legen Sie bitte **sämtliche metallischen Gegenstände** (Schmuck, Geld, Haarclammern oder Spangen, Hörgeräte, nicht fixierte Implantate wie Zahnprothesen etc.) vor der Untersuchung ab. Bei **Untersuchungen des Kopfbereiches** sollte wegen kleinster metallischer Partikel auch evtl. aufgetragener Lidschatten entfernt werden. Sollten Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher, Port, Gehörimplantate, Gefäßclips oder Granatsplitter im Körper haben, teilen Sie uns das bitte vor der Untersuchung mit. In einem solchen Fall muss erst geprüft werden, ob die Kernspintomographie die für Sie geeignete Untersuchung ist. Meist ist dann ein alternatives Untersuchungsverfahren vorzuziehen.

(bitte wenden)

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Fragen:

1). In welcher Körperregion haben Sie die Beschwerden? Ist eine Körperhälfte stärker betroffen?

2). Gab es in diesem Bereich vorherige Operationen? Wenn ja, wann? _____

3). Gibt es Voraufnahmen des heute zu untersuchenden Bereiches?

Ja Nein

4). Wie hoch ist Ihr Körpergewicht (geschätzt)? _____ kg

5). Sind bei Ihnen chronische Bluterkrankungen wie z.B. Hepatitis, HIV o.ä. bekannt? Wenn ja, welche?

Ja _____ Nein

6). Sind bei Ihnen Erkrankungen oder eine Funktionseinschränkung der Nieren bekannt?

Ja Nein

7). Sind Sie mit einer evtl. Kontrastmittelgabe einverstanden?

Ja Nein

Sollten bei Ihnen Allergien bekannt sein, sprechen Sie uns bitte vor der Untersuchung darauf an !!!

Bitte tragen Sie bekannte Allergien auch hier ein. _____

8) Nur für unsere weiblichen Patienten: Besteht derzeit die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung einer Kernspintomographie.

Name, Vorname

priv. Krankenversicherung

überweisender Arzt

evtl. abweichende Tarife (Student, Basis etc.)

Datum

Unterschrift

Vielen Dank.
Ihr Praxisteam


Dr. med. Nader Amirfallah
Facharzt für Radiologie