

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie wurden uns von Ihrem behandelnden Arzt zur Kernspintomographie (auch Magnetresonanztomographie, MRT) überwiesen. Lassen Sie sich kurz über das Prinzip dieser Methode informieren.

Prinzip – Methode der MRT

Bei der Kernspintomographie kommen keine radioaktiven Strahlen zum Einsatz. Für die Bildentstehung werden die natürlichen magnetischen Eigenschaften des menschlichen Körpers (Atomkerne) genutzt. Zur Registrierung der Signale für die Bilder sind ein äußeres Magnetfeld und Radiowellen erforderlich. Die an unserem Gerät verwendete Feldstärke des äußeren Magneten (1,0 Tesla) hat keinerlei schädigende Wirkung auf den Organismus. Auch die eingesetzten Radiofrequenzen sind für den Menschen unschädlich.

Untersuchungsablauf

Für die Untersuchung werden Sie auf einer Liege in die Öffnung des Gerätes hinein gefahren. Die Untersuchung dauert – in Abhängigkeit von der jeweiligen Fragestellung – für eine Körperregion ca. 10 Minuten. Sie werden laute Klopfgeräusche hören, die auf Schaltmechanismen beruhen.

Als Gehörschutz haben sich Kopfhörer bewährt, über welche wahlweise angenehme Musik eingespielt wird (Kinder können ihre Lieblings-CD mitbringen). Der Untersuchungsbereich ist gut klimatisiert. Sie haben Sichtkontakt zur Röntgenassistentin. Sollten Sie dennoch Platzangst verspüren, können wir Ihnen ein schnell wirksames Beruhigungsmittel verabreichen (sofern Sie nicht Kraftfahrer sind).

Bei bestimmten diagnostischen Fragen ist die Anwendung eines speziellen **Kontrastmittels** erforderlich, welches über eine Armvene in das Blutgefäßsystem gespritzt wird. Dieses Kontrastmittel ist nicht jodhaltig und deshalb gut verträglich. Nur in Ausnahmefällen wurde über geringfügige Nebenwirkungen berichtet (Übelkeit, Erbrechen). Sie haben selbstverständlich das Recht, die Kontrastmittelgabe abzulehnen.

Achtung: Metallgegenstände!

Zu schweren Schädigungen am Gerätesystem und zu Störungen der Bildqualität können Metallgegenstände führen, die in den Untersuchungsraum mitgenommen werden. Deshalb sind unbedingt folgende Gegenstände in der Patientenkabine abzulegen:

Kugelschreiber	Uhren	Schlüssel
Geldmünzen	Ohringe	Hörgeräte
Haarspangen	Taschenmesser	Gürtel o. ä. mit Metallteilen

Bitte auch – sofern möglich – metallhaltige Zahnprothesen herausnehmen.

Liebe Patientinnen: Bitte bei Untersuchungen der Wirbelsäule, des Halses oder des Brustkorbes den BH ablegen. Bei Kopfuntersuchungen keine Wimperntusche oder Lidschatten auftragen (eisenhaltig!).

Scheckkarten und andere elektronische Datenträger keinesfalls in den Untersuchungsraum mitnehmen. Sie werden durch den Magneten gelöscht.

... Bitte wenden ... ❖



Allee der Kosmonauten 47 | PF 96
im Gesundheitszentrum Springpfuhl
12681 Berlin
fon 030. 542 91 11
fax 030. 545 89 47
info@ct-mrt-neuroradiologie.de
www.ct-mrt-neuroradiologie.de

Prof. Dr. sc. med. Jörg Planitzer
Dr. med. Maria Planitzer
ÄRZTE FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE
ÄRZTE FÜR RADIOLOGISCHE DIAGNOSTIK
(NEURORADIOLOGIE)

Dr. med. Beate Bark
ÄRZTIN FÜR
DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE

Name, Vorname: _____
BITTE IN DRUCKSCHRIFT

Achtung: Risiken!

Patienten mit **Herzschrittmacher dürfen nicht** mit diesem Verfahren (MRT) untersucht werden (**Lebensgefahr!**). Metallimplantate bzw. Sender im **Innenohr** sind Kontraindikationen.

Bitte beantworten Sie zur Überprüfung möglicher Risiken folgende Fragen:

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? nein ja
- Gibt es Metallteile in Ihrem Körper?
(z. B. Metallprothesen, Clips, Ohrimplantate,
Stents, Herzklappenersatz usw.) nein ja
nicht Zutreffendes bitte streichen, ggf. ergänzen: _____
- Sind Sie beruflich kleinen Metallsplintern ausgesetzt gewesen? nein ja
- Ist bei Ihnen eine Kopfoperation durchgeführt worden? nein ja wann: _____
- Sind bei Ihnen Operationen an den Blutgefäßen erfolgt? nein ja wann: _____
- Hatten Sie Operationen im Bereich der Wirbelsäule?
(z. B. Bandscheibenvorfälle) nein ja wann: _____
- Andere frühere Operationen? _____ wann: _____
Welches Körperorgan? _____
- Haben Sie eine Allergie? nein wenn ja, welche: _____

Einverständniserklärung

Ich bin über die zu erfolgende Untersuchung und deren mögliche Gefahren unterrichtet worden und mit ihrer Durchführung einverstanden. nein ja

Wenn erforderlich willige ich auch in eine intravenöse Kontrastmittel-Injektion ein. nein ja

Datum: _____

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Patienten
(bzw. der Sorgerecht tragenden Person)

Anmerkung:

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass sich die geplanten Untersuchungszeiten nicht immer einhalten lassen. Unsere Praxis bekommt auch Schwersterkrankte und damit zeitlich nicht eingeplante Patienten von Krankenhäusern zur Untersuchung überwiesen, die vorrangig versorgt werden müssen. Selbstverständlich versuchen wir, die dadurch entstehenden Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis.