

## Basisinformation zur **MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE**

### **Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

In unserer Ordination haben Sie den großen Vorteil, in einem **offenen MRT** untersucht zu werden. Gegenüber einem Tunnel-MRT-System (einer sog. „Röhre“) bietet dieses offene Gerät ein großes Platzangebot und ist somit sehr patientenfreundlich. Daher müssen Sie keine Angst vor einem beengenden Gefühl haben.

Bei dieser **Untersuchung** werden Schnittbilder von bestimmten Körperregionen angefertigt, um mögliche krankhafte Veränderungen sichtbar zu machen.

Es werden dabei weder Röntgenstrahlen noch radioaktive Substanzen verwendet, sondern Radiowellen in einem Magnetfeld. Die dabei gemessenen Signale werden von einem Computer in Bilder umgewandelt. Während der Untersuchung sind **sehr laute Klopfgeräusche** zu hören, die absolut normal sind.

Die Untersuchung ist **völlig schmerzfrei** und nach heutigem Stand des Wissens für den menschlichen Körper unschädlich und frei von biologischen Risiken. Trotzdem sind Untersuchungen während einer Schwangerschaft an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Deshalb werden Sie gebeten, eine bestehende oder mögliche Schwangerschaft auf jeden Fall vor der Untersuchung bekannt zu geben!

Die durchschnittliche Untersuchungszeit beträgt ca. 20 - 45 Minuten. Wichtig ist dabei, dass Sie während der gesamten Untersuchungszeit **absolut ruhig bzw. regungslos liegen** bleiben, um eine qualitativ hochwertige Untersuchung zu erzielen!

In manchen Fällen muss zur Verbesserung der diagnostischen Aussagekraft ein spezielles MR-Kontrastmittel in eine Armvene verabreicht werden. Dieses Kontrastmittel enthält KEIN Jod, kann deswegen auch bei einer Allergie gegen Röntgenkontrastmittel verwendet werden und wird erfahrungsgemäß sehr gut vertragen.

### **ACHTUNG!**

Durch das starke Magnetfeld können Metallgegenstände zu Verletzungen führen! Bitte entfernen Sie daher alle **metallischen Gegenstände** (Haarspangen, Schmuck, Schlüssel, Münzen, Kugelschreiber etc.) und legen Sie diese in der Kabine ab! Scheckkarten, Kreditkarten, Uhren, Hörgeräte, Mobiltelefone und andere elektrische Geräte können durch das Magnetfeld beschädigt oder sogar zerstört werden.

**Patienten mit Herzschrittmacher, Metallsplitter im Auge, Neurostimulator, Innenohrimplantaten aus Metall, älteren Aneurysmaclips im Gehirn oder älteren künstlichen Herzklappen können NICHT untersucht werden!!!**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, damit wir etwaigen Risiken vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen:

<b>Sind Sie Träger</b> eines Herzschrittmachers? einer künstlichen Herzklappe? einer Insulinpumpe oder einer anderen Medikamentenpumpe? eines Hörgerätes? einer <b>magnetischen</b> Zahnprothese ( <b>Magnet</b> prothese)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Befinden sich andere Implantate in Ihrem Körper?</b> z.B. Neurostimulator, Stents, Gefäßclips, Ohrimplantate, Defibrillator, Intrauterinpressar („Spirale“)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Haben Sie Metallteile oder -splitter im Körper?</b> z.B. Prothesen, Zahnprothesen, Metallsplitter als Folge von Unfällen oder Kriegsverletzungen, Akupunkturnadeln	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Hatten Sie bereits Operationen an folgenden Organen: Herz, Blutgefäße, Kopf, Ohr?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Leiden Sie unter Platzangst?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt oder vertragen Sie bestimmte Medikamente oder Nahrungsmittel nicht?</b> Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Besteht bei Ihnen eine chronisch-infektiöse Erkrankung?</b> z.B. Tbc, Hepatitis, HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wie schwer sind Sie?</b> _____ kg	
Für <b>Frauen</b> im gebärfähigen Alter: <b>Könnten Sie schwanger sein?</b> <b>Stillen Sie?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe:

\_\_\_\_\_  
Name in BLOCKSCHRIFT

\_\_\_\_\_  
RT

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient