

Informationen zur Kernspintomographie (= MR) Kernspintomographie, was ist das?

Die Kernspintomographie, auch **NMR** (*engl.* nuclear magnetic resonance) oder **MR** (magnetic resonance), ist eine diagnostische Methode, die hochaufgelöste Bilder des menschlichen Körpers **ohne** Anwendung von Röntgenstrahlen liefert. Diese Bilder werden erzeugt mit Hilfe eines großen Magneten, einer Antenne zum Senden und Empfangen von Radiowellen und eines Computers. Die hochempfindliche Antenne empfängt Signale, die von den Atomen im menschlichen Körper ausgesandt werden und von einem Computer zu einem Bild umgerechnet werden. Die Bilder ähneln Computertomogrammen, doch erfordert die Bilderzeugung im Vergleich dazu **längere Zeit** für die Messwerterfassung. Sie müssen dafür ca. 20 Min. ruhig in dem Gerät liegen. Während der Untersuchung entstehen laute, klopfende Geräusche. Zum Lärmschutz erhalten Sie einen Kopfhörer bzw. für bestimmte Untersuchungen Ohrstöpsel.

Wann darf eine Kernspintomographie nicht durchgeführt werden?

Wegen des starken Magnetfeldes gibt es einige Gründe, weswegen eine Kernspintomographie **nicht** durchgeführt werden darf:

- x wenn Sie einen **Herzschrittmacher** tragen
- x wenn Sie einen Defibrillator tragen
- x wenn Sie Gehörimplantate tragen
- x wenn sich Metallgegenstände in Ihrem Körper befinden (Insulinpumpen, Fremdkörper, künstliche Herzklappen, Granat- o. sonstige Metallsplitter, Akupunktur-Nadeln etc.).

Wichtige Hinweise !

Wir weisen darauf hin, dass sämtliche durch ein Magnetfeld beeinflussbaren Gegenstände (Hörgeräte, Uhren, Schlüssel, Münzen, Scheckkarten, Kugelschreiber, Schmuck, etc.) vor Betreten des Untersuchungsraumes abzulegen sind. Dieses gilt wenn möglich auch für Haarteile, Haarschmuck, Zahnprothesen, Geldbeutel etc.

Für Schäden, die bei Nichtbeachtung dieser Anweisung entstehen können, übernehmen wir **keine Haftung**.



Name des Patienten _____ geboren am: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sehr geehrte(r) Patient(in),
bei Ihnen soll eine kernspintomographische Untersuchung vorgenommen werden. Zu diesem Zweck lesen Sie sich bitte die Informationen auf der Rückseite durch. Bei Fragen oder Bedenken sprechen Sie uns ruhig an.

Bitte denken Sie dran, dass Sie sämtliche Metallgegenstände ablegen müssen.

1. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**, eine Insulinpumpe oder ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat?
 ja, und zwar _____ nein

2. Sind Sie operiert worden?
 ja, woran ? _____ wann ? _____ nein

3. Wurde schon einmal eine MRT durchgeführt?
 ja, welcher Bereich ? _____ und wann ? _____ nein

4. Haben Sie Metall im Körper, z.B. Prothese, Stents, Clips oder Sonstiges?
 ja, und zwar _____ wo ? _____ nein

5. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?
 ja, welche ? _____ nein

6. Leiden Sie unter Ängsten in engen Räumen?
 ja nein

7a. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?
 ja nein

b. Stillen Sie zurzeit?
 ja nein

8. Besteht bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion?
 ja nein

9. Besteht bei Ihnen eine Infektionserkrankung (HIV, Hepatitis)?
 ja, welche ? _____ nein

10. Gibt es Vorerkrankungen (Tumorerkrankungen, Rheuma, Asthma)
 ja, welche ? _____ nein

11. Was haben Sie aktuell für Beschwerden? _____

Lübeck, den _____ **X** _____
Unterschrift Patient(in)/ Vormund medizinisch überprüft

Aufklärung und Einwilligungserklärung über die Gabe von Gadoliniumkontrastmittel

Es kann sein, dass je nach Fragestellung ein Kontrastmittel notwendig ist. Dieses wird über eine intravenöse Verweilkanüle appliziert, sollte diese nicht korrekt liegen, kann es passieren, dass das Kontrastmittel neben das Gefäß in das umliegende Gewebe gelangt, dies kann mit **Schmerzen und Entzündungen** verbunden sein.

Das verwendete Kontrastmittel für die MRT Untersuchung ist ohne Jod und in der Regel sehr gut verträglich.

Allerdings können auch hier Nebenwirkungen auftreten wie **Übelkeit, Wärmegefühl, allergische Reaktionen (z.B. Schwellungen Gesichts- oder Halsbereich), epileptische Anfälle, neurologische Schäden, Reaktionen mit Herz- und Kreislaufbeteiligung, denkbar sind auch tödliche Folgen.** Sollten Sie eine Reaktion zu einem späteren Zeitpunkt bemerken, wenden Sie sich bitte an einen Arzt unserer Praxis oder an die zentrale Notaufnahme eines Krankenhauses. Zögern Sie nicht uns bei Fragen oder Bedenken anzusprechen.

Selbstverständlich haben Sie das Recht die geplante Untersuchung oder die Gabe des Kontrastmittels jederzeit, auch nach erfolgter Aufklärung und auch gegen ärztlichen Rat abzulehnen.

Anschließend bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit der Gabe des Kontrastmittels einverstanden sind.

Lübeck, den _____ **X** _____
Unterschrift Patient(in)/ Vormund Unterschrift Arzt/Ärztin