

# MRT-LIESING

## PRIVAT

### Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin zu einer Magnetresonanztomographie überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die angeführten Fragen zu beantworten. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den Arzt.

### Was ist eine Magnetresonanztomographie (MRT)?

Die MRT ist eines der modernsten diagnostischen Verfahren. Es werden hochauflösende Bilder, ohne Anwendung von Röntgenstrahlen, von Ihrem Körper angefertigt. Zur Erzeugung der Bilder benötigt man ein starkes Magnetfeld und Hochfrequenzimpulse. Die aus dem Körper empfangenen Signale werden mittels Computer ausgewertet. Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei. Schädliche Auswirkungen sind nicht bekannt.

### Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert je nach untersuchtem Organ zwischen 15 und 30 Minuten. Sie liegen während der Untersuchung in einer Röhre, die vorne und hinten offen ist. Während der Untersuchung sind laute Klopfgeräusche zu hören. Es ist sehr wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen. Überkreuzungen an Armen oder Beinen sind zu vermeiden, da es zu oberflächlichen Verbrennungen kommen könnte. Sollte während der Untersuchung eine Erwärmung im Bereich eines Implantates auftreten, bitte sofort das Personal verständigen.

### Wozu Kontrastmittel?

Je nach Untersuchung und Zuweisungsdiagnose kann eine Kontrastmittelinjektion in eine Armvene notwendig werden. Manche Veränderungen können dadurch leichter und genauer diagnostiziert werden.

### Können Komplikationen auftreten?

An der Einstichstelle kann es zu einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als normale Reaktion auf Kontrastmittel empfinden Patienten während der Injektion eventuell ein Wärmegefühl. Selten treten Unverträglichkeitsreaktionen, wie leichte Blutdruckschwankungen, Übelkeit und/oder allergische Reaktionen wie Juckreiz und Quaddeln auf. In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.

Wissenschaftliche Untersuchungen<sup>1</sup> zeigen, dass ca. 99% der Patienten keine Nebenwirkungen nach Kontrastmittelverabreichungen haben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich. Das Risiko der Untersuchung ist gering, verglichen mit dem erzielten Nutzen. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

<sup>1</sup> Murphy K.J., Adverse Reactions to Gadolinium Contrast Media AJR: 1996;167:847-849

Anmerkung:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in bzw. des/der Erziehungsberechtigten  
(bei PatientInnen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift RT/Arzt

# MRT-Fragebogen

Ihr Untersuchungstermin ist am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

1. **Körpergröße** \_\_\_\_\_ **cm, Körpergewicht** \_\_\_\_\_ **kg**
2. Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung gehabt?  Ja  Nein
3. Haben Sie Angst in engen Räumen (Klaustrophobie)?  Ja  Nein
4. Bestehen Kontrastmittelallergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?  Ja  Nein
5. Haben Sie eine eingeschränkte Nierenfunktion?  Ja  Nein
6. Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, ...)?  Ja  Nein
7. Wurde eine **Operation am Herzen oder Kopf** durchgeführt?  Ja  Nein
8. Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers**?  Ja  Nein
9. Haben Sie eine **künstliche Herzklappe** implantiert?  Ja  Nein
10. Haben Sie ein **Mittelohrimplantat/Cochleaimplantat**?  Ja  Nein
11. Tragen Sie ein **Schmerz-, Hormon-, od. Nikotinpflaster**?  Ja  Nein
12. Haben Sie einen **Aneurysmaclip** implantiert?  Ja  Nein
13. Haben Sie eine **Insulin- oder Schmerzpumpe** implantiert?  Ja  Nein
14. Haben Sie einen **Stent oder Gefäßclip**?  Ja  Nein
15. Haben Sie eine **Aortenprothese/Stentgraft**?  Ja  Nein
16. Sind in ihrem Körper **Metallteile**?  Ja  Nein  
(wie z. B. Gelenksprothesen, Metallclips, Granatsplitter, Kupferspirale)
17. Haben Sie eine **Tätowierung**, ein **Permanent Make-up** oder **künstliche Wimpern**?  Ja  Nein
18. Tragen Sie einen Blutzuckersensor?  Ja  Nein
- Für Patientinnen:**
19. Könnten Sie schwanger sein? (für Frauen im gebärfähigen Alter)  Ja  Nein
20. Stillen Sie zur Zeit? (für Frauen im gebärfähigen Alter)  Ja  Nein

## Vorsicht

Wenn Sie wegen Platzangst ein Beruhigungsmittel erhalten, sollten Sie in den nächsten 4 Stunden weder ein Kraftfahrzeug steuern, noch an oder mit gefährlichen Maschinen arbeiten.

**Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe zu.**

## Vorbereitung

Wenn Sie zur Untersuchung aufgerufen werden, sollten Sie in der Umkleidekabine sämtliche Metallteile (Uhr, Brille, Schmuckstücke, Piercing, Zahnersatz, Hörgerät, Gürtel, Geldmünzen, Kleidungsstücke mit Metallteilen, Schlüssel, Kugelschreiber, Haarspangen, Handy etc.) ablegen. Diese stören einerseits die Untersuchung, andererseits können sogar Unfälle verursacht werden. Bitte nehmen Sie auf keinen Fall Scheck- oder Kreditkarten mit Magnetstreifen in den Untersuchungsraum, weil diese unwiderruflich gelöscht würden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in bzw. des/der Erziehungsberechtigten  
(bei PatientInnen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr)