Patientenaufklärung Kernspintomographie

Praxis Dr. med. Theo Plajer / Dr. med. Heike Henrich

Name, Vorname:

Geburtsdatum: **Gewicht in kg:**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

Bei Ihnen/ bei Ihrem Kind soll eine **Kernspintomographie (MRT)** durchgeführt werden.
Diese ist eine Untersuchung mit einem Gerät, bei dem anstelle von Röntgenstrahlen Radiowellen eingesetzt werden.
Im Untersuchungsraum liegen Sie / Ihr Kind in einer Röhre mit einem starken Magneten. Ein- und ausschaltbare Radiowellen führen dazu, dass Ihr Gewebe elektromagnetische Signale abgibt, aus denen Bilder der untersuchten Körperregion erstellt werden können. Während der Untersuchung kommt es zu einem lauten Klopfen, weswegen wir einen Gehörschutz bei Bedarf bereitstellen.

Ansonsten geht die Untersuchung für Sie völlig spurlos vorüber. Risiken oder behandlungsbedürftige Nebenwirkungen sind nach dem derzeitigen Wissenstand nicht bekannt. Selten kann es zu Wärmeempfinden oder auch zu Muskelerregungen kommen.

Es dürfen **keine Metallteile in den Untersuchungsraum** gelangen. Bitte legen Sie Schlüssel, Uhr, Feuerzeug, Geldmünzen, Kreditkarten, Haarspangen, Gürtel usw. in der Kabine ab.
Wertgegenstände können von uns gesondert überwacht werden.

Gegebenenfalls wird ein ***Kontrastmittel*** intravenös gespritzt, das in der Regel gut vertragen wird (auch bei Überempfindlichkeit gegen Röntgenkontrastmittel). Selten kann Übelkeit oder ein Hautausschlag mit Juckreiz auftreten. Sollte dieses bei Ihnen während der Untersuchung auftreten, melden Sie sich bitte sofort. Bedrohliche Kontrastmittelreaktionen sind extrem selten und können fast immer erfolgreich behandelt werden. Bitte teilen Sie uns mit, wenn irgendwelche Allergien bei Ihnen bekannt sind (auch allergisches Asthma).

Um eine sichere und aussagekräftige Untersuchung zu gewährleisten beantworten Sie uns bitte noch einige Fragen:

Ist bei Ihnen schon einmal eine MRT-Untersuchung durchgeführt worden ?	Nein ☐	Ja ☐
Sind Sie in letzter Zeit geröntgt worden ?	Nein ☐	Ja ☐
Wenn ja, wo ?		
Leiden Sie / Ihr Kind an Klaustrophobie (Angst in engen Räumen)	Nein ☐	Ja ☐
Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft	Nein ☐	Ja ☐
Haben Sie Metall im Körper	Nein ☐	Ja ☐
Eisensplitter nach Unfall	Nein ☐	Ja ☐
Eisensplitter im Auge	Nein ☐	Ja ☐

Tragen Sie

- einen Herzschrittmacher	Nein ☐	Ja ☐
- eine Insulinpumpe	Nein ☐	Ja ☐
- ein Hörgerät	Nein ☐	Ja ☐
- ein "Paukenröhrchen" im Ohr	Nein ☐	Ja ☐

Haben Sie eine **Nierenerkrankung** ?	Nein ☐	Ja ☐
Haben Sie eine **Lebererkrankung** ?	Nein ☐	Ja ☐

Bitte unterschreiben Sie unten, wenn Sie sich genügend aufgeklärt fühlen
und einer gegebenenfalls erforderlichen Kontrastmittelgabe zustimmen.

Essen, den

Unterschrift