



## MRT-Untersuchung – Information und Aufklärung

### **Was ist MRT?**

MRT oder auch Kernspintomographie ist eine moderne Untersuchungs-Methode zur Erkennung eventueller krankhafter Veränderungen. Der Magnet-Resonanz-Tomograph erzeugt dabei in einem starken Magnetfeld überlagerungsfreie Schnittbilder, z.B. vom Kopf, von der Wirbelsäule oder von Gelenken. Dabei werden keine Röntgenstrahlen angewandt. Die Untersuchung ist schonend und schmerzfrei.

### **Was müssen Sie vor der MRT-Untersuchung unbedingt beachten?**

Gegenstände aus Eisen und andere magnetische Metalle (Uhr, Brille, Haarnadeln, Schmuck, herausnehmbare Zahnprothesen, Hörgeräte, Geld, Schlüssel, usw.) stören das Magnetfeld. Alle diese losen Gegenstände dürfen Sie auch aus Sicherheitsgründen auf keinen Fall in den Untersuchungsraum mitnehmen. Kreditkarten und andere digitale Datenträger lassen Sie bitte in der Kabine, da sie im Untersuchungsraum vom Magneten gelöscht werden.

### **Wann darf keine MRT-Untersuchung durchgeführt werden?**

Wenn Sie einen Herzschrittmacher tragen, ist bei Ihnen leider keine MRT-Untersuchung möglich, da der Magnet die Funktion des Herzschrittmachers stört. Bei metallischen Fremdkörpern (Metallsplitter, Clips) im Gehirn, Augapfel, in der Lunge oder nahe an Blutgefäßen und bei Metall-Implantaten im Mittel- oder Innenohr führen wir eine MRT-Untersuchung aus Sicherheitsgründen nicht durch.

### **Was erwartet Sie während der Untersuchung?**

Zu Beginn der MRT-Untersuchung werden Sie auf einer bequemen Liege gelagert und anschließend in die Gehäuseöffnung des Magneten hinein gefahren. Um gute Bilder zu erzielen, ist es sehr wichtig, dass Sie die gesamte Zeit ruhig und entspannt liegen. In den kurzen, an beiden Enden offenen Tunnel strömt ständig Frischluft. Bei zahlreichen Untersuchungen, z.B. im Bereich der unteren Körperhälfte, befindet sich der Kopf nicht im Gerätetunnel, sondern außerhalb des Magneten.

Während der Untersuchung treten regelmäßig zum Teil sehr laute klopfende Geräusche mit unterschiedlichem Rhythmus auf. Gegen dieses Klopfen erhalten Sie von uns einen wirksamen Gehörschutz. Sollten Sie sich während der Untersuchung nicht wohl fühlen, können Sie sich mit einer Klingel bemerkbar machen. Außerdem beobachten

wir die gesamte Untersuchung von unserem Bedienpult aus. Wenn Sie zu Platzangst neigen, geben wir Ihnen nach Absprache ein schnell wirksames Beruhigungsmittel.

### **Wie lange dauert eine MRT-Untersuchung?**

In der Regel ca. 15 - 20 Minuten. Der Beginn und die endgültige zeitliche Dauer der MRT-Untersuchung kann jedoch vorher nicht auf die Minute festgelegt werden. Manche Befunde erfordern einen höheren Zeitaufwand, um die Diagnose zu stellen. Im Tagesverlauf kommen außerdem im Untersuchungsprogramm einzelne akute Notfälle dazu, denen wir gerecht werden müssen. Haben Sie bitte Verständnis, wenn trotz sorgfältiger Terminplanung Wartezeiten entstehen.

### **Ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich?**

Bei einigen Fragestellungen ist es notwendig, zur MRT-Untersuchung Kontrastmittel zu verwenden. Diese werden über eine Armvene gespritzt und in der Regel sehr gut vertragen. Die MRT-Kontrastmittel sind ca. 10 Mal besser verträglich als jodhaltige Kontrastmittel und können auch bei bestehender Jodallergie (Allergie gegen Röntgen-Kontrastmittel) eingesetzt werden. MRT-Kontrastmittel werden über die Nieren innerhalb von 24 Stunden vollständig ausgeschieden.

### **Können bei einem MRT Komplikationen auftreten?**

Make-ups und Tätowierungen können vereinzelt zu leichten Hautreizungen führen. In sehr seltenen Fällen kann es bei der Verwendung von Kontrastmitteln zu leichten allergieähnliche Hautreaktionen mit Unwohlsein kommen. In extrem seltenen Fällen (ca. 1:8.000.000) können ernstere allergische Reaktionen auftreten.

### **Was muss ich nach der Untersuchung beachten?**

Nach Ende der Untersuchung sind vom Patienten keine besonderen Verhaltensmaßregeln zu beachten. **Ausnahme:** Beruhigungsmittel während der Untersuchung. In diesem Fall müssen das Steuern eines Kraftfahrzeugs und die Arbeit an gefährlichen Arbeitsplätzen bis 24 Stunden nach der Untersuchung unterbleiben. Außerdem müssen Sie sich von einer Begleitperson aus der Praxis abholen lassen.

**Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf!**



## Was der Arzt unbedingt wissen muss:

Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte sehr sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus! Zutreffendes ggf. ankreuzen oder unterstreichen!

Beschreiben Sie zunächst anhand der folgenden Checkliste Ihre Beschwerden, Schmerzen oder Missempfindungen im zu untersuchenden Bereich.

Welcher **Körperteil** wird heute untersucht?

- links  rechts

**Bezeichnung:** \_\_\_\_\_

**Wo** sind die Beschwerden genau?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie am heute zu untersuchenden Körperteil / Körperabschnitt einen **Unfall**?

- ja  nein

Wenn ja: Was für einen Unfall?

\_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Wurden Sie am heute zu untersuchenden Körperteil/ -abschnitt bereits **operiert**? (auch Minimal-Chirurgie, Gelenkspiegelung)

- ja  nein

Wenn ja: Welche OP, an welchem **Körperteil**?

- Bandscheibe  Knorpel  Knochenbruch  
 Meniskus  andere

Wann? \_\_\_\_\_

Ist / war ein Organ an **Krebs** erkrankt?

- OP Wann? \_\_\_\_\_  
 Strahlentherapie Wann? \_\_\_\_\_  
 Chemotherapie Wann? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**?

- ja  nein

Haben Sie **Metallteile** in Ihrem Körper, insbesondere solche, die umseitig im Fettdruck aufgeführt sind (vor allem **Clips, Metallsplitter, Granatsplitter, medizinische Aggregate, Neurostimulatoren, Stents, Ohrimplantate** etc.)?

- ja  nein

Wenn ja: Welche Metallteile, an welcher Stelle?

\_\_\_\_\_

Haben Sie jemals **Metallsplitter ins Auge** bekommen?

- ja  nein

Wenn ja: Traten dabei **Augenverletzungen** auf?

- ja  nein

Wurden diese **Splitter** durch einen Augenarzt **komplett entfernt**?

- ja  nein

Bestehen bekannte **Allergien**? (ggf. Allergiepass vorlegen!)

- ja  nein

Kam es bei einer **früheren MRT-Untersuchung** zu **Unverträglichkeitserscheinungen**?

- ja  nein

Welches **Körpergewicht** haben Sie?

ca. \_\_\_\_\_ kg

Bei Frauen im gebärfähigen Alter:  
Könnten Sie **schwanger** sein?

- ja  nein

## Ärztliche Anmerkungen zur Aufklärung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung

- Über die geplante Untersuchung bin ich ausführlich informiert. Über vereinzelt mögliche, spezielle Risiken wurde ich aufgeklärt. Ich versichere, dass ich die Fragen nach Metallteilen in meinem Körper vollständig und sorgfältig beantwortet habe.
- Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Falls eine Kontrastmittel-Gabe notwendig ist, bin ich damit ebenfalls einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Zeit

\_\_\_\_\_  
Patient/in/ Betreuer/ Bevollmächtigter/  
Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Arzt/Ärztin