

## **MRI**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zu einer MR-Untersuchung zugewiesen. Die magnetische Resonanz (MRI, MRT, Kernspintomographie, Magnetresonanztomographie) ist ein spezielles Diagnoseverfahren, bei dem Bilder unterschiedlicher Körperregionen ohne Röntgenstrahlen hergestellt werden können. Die Bilder werden dadurch gewonnen, dass Wasserstoffkerne in einem sehr starken Magnetfeld durch Radiowellen angeregt werden. Bei speziellen Fragestellungen kann man mit diesem Untersuchungsverfahren mehr Informationen gewinnen als mit herkömmlichen Röntgenuntersuchungen.

### **Untersuchungsablauf/Vorbereitung**

Entkleiden Sie sich bitte nach Anweisung der Fachperson. Insbesondere ist es wichtig, dass alle metallhaltigen Gegenstände ( Brillen, BH, Haarspangen, Uhren, Schmuck, Schuhe etc. ) sowie Zahnprothesen und Hörhilfen entfernt werden. Für die Untersuchung werden Sie auf dem Tisch möglichst bequem gelagert. Um die zu untersuchende Region wird je nach Fragestellung eine spezielle Antenne gelegt. Dann werden Sie in den röhrenförmigen Apparat hineingefahren. Manchmal ist es nötig, ein Medikament oder ein spezielles, nicht jodhaltiges Kontrastmittel in eine Armvene zu spritzen.

Es ist wichtig, dass Sie während der Untersuchung ganz ruhig liegen bleiben. Versuchen Sie, sich durch die klopfenden Geräusche während der Untersuchung nicht stören zu lassen. Über eine Gegensprechanlage erfahren Sie, wann Sie allenfalls ein- oder ausatmen sollen.

Über die Gegensprechanlage und eine Klingel sind Sie jederzeit mit uns verbunden.

### **Risiken/ Nebenwirkungen**

Die Untersuchung wird ohne Röntgenstrahlen und ohne jodhaltiges Kontrastmittel durchgeführt.

Falls Sie eine Injektion bekommen, kann es an der Einstichstelle ganz selten zu einem Bluterguss oder einer lokalen Reizung kommen. Allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel sind im Gegensatz zu den jodhaltigen Kontrastmitteln extrem selten.

Spezielle Metalle können erwärmt werden, deshalb ist es unbedingt notwendig, dass Sie uns mitteilen, wenn bei Ihnen metallhaltige Implantate eingesetzt wurden ( s. Fragebogen).

### **Bei Trägern von Herzschrittmachern, Nervenstimulatoren oder Insulinpumpen**

**darf keine MR- Untersuchung durchgeführt werden.**

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Bitte beantworten Sie nun noch die folgenden Fragen:

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist bei Ihnen schon einmal eine MR-Untersuchung durchgeführt worden?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Leiden Sie an Platzangst?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie Träger von Material, welches die Untersuchung stören oder verbieten könnte wie: |                          |                          |

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Pacemaker/ Herzschrittmacher.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nervenstimulator.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insulinpumpe.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Künstliche Herzklappe.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ohrprothese.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gelenkprothese ( Hüfte, Knie etc.).....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Neurochirurgische Clips ( Gehirn-Aneurysma).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Kieferorthopädisches Material ( Zahnprothese)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Frische Nähte mit Agraffen.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Augenfremdkörper.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Geschossfragmente.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Anderes Metall?.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cavafilter wegen einer Lungenembolie.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Bearbeiten Sie Metall?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurden Sie schon einmal operiert; wenn ja warum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....  
6. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger?

7. Wie schwer sind Sie? ..... Kg.

Ich wurde über die Untersuchung aufgeklärt, habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden und die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Ich bin mit der Durchführung der MR-Untersuchung **einverstanden**.

Datum: ..... Unterschrift: .....

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung **nicht einverstanden**. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnose und Behandlung einer etwaigen Erkrankung verzögern oder erschweren können.

Datum: ..... Unterschrift: .....

Der Patient ist nicht einwilligungsfähig .....

Datum: ..... Visum MTRA: .....