

# Praxis für Kernspintomographie und Nuklearmedizin

Dr. med. Ingrid Binder

Münchener Straße 6, 83395 Freilassing, Tel.: 08654-774033, FAX: 08654-774035

Kernspintomographie (KST)  
Magnetresonanztomographie (MRT, MRI)

## Aufklärungsbogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

bei Ihnen soll eine Kernspintomographie durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um eines der modernsten bildgebenden Verfahren, bei dem durch Magnetfelder (jedoch *ohne* Röntgenstrahlen und *ohne radioaktive Stoffe*) genaueste Bilder von Organen und Körperteilen angefertigt werden und Erkrankungen dargestellt werden können.

Zur *Untersuchung* liegen Sie auf einem Untersuchungstisch und ein Teil des Körpers in einer Röhre, die an beiden Enden ganz offen ist. Während der Messzeiten, die Sie durch laute Klopfgeräusche erkennen, sollten Sie ganz ruhig liegen, ansonsten können die Aufnahmen evtl. nicht beurteilt werden. Die Untersuchung dauert etwa 15 – 30 Minuten.

In einigen Fällen geben wir Ihnen ein *jodfreies* Kontrastmittel in eine Armvene, das nur in sehr seltenen Fällen zu allergischen Reaktionen führen kann. Schädigungen durch die bei uns verwendeten Magnetfelder (1,5 Tesla) sind nicht zu erwarten. Allerdings sind folgende Einschränkungen zur Vermeidung von Unfällen zu beachten:

- Patienten mit **Herzschrittmacher**, **Insulinpumpe** und **Cochleaimplantaten** (implantiertes Hörgerät) dürfen **nicht untersucht** werden, da es durch das Magnetfeld zu Funktionsstörungen kommen kann.
- Metallteile im Körper (Metallsplitter, Gefäßklammern nach Operationen) können durch Verlagerungen zu Schäden führen. Künstliche Hüftgelenke und Platten, z.B. nach Knochenbrüchen stellen im Allgemeinen keine Gefahr dar, sollten uns jedoch berichtet werden.
- Patienten mit Nierenfunktionsstörungen/Nierenschäden dürfen nur in besonderen Fällen Kontrastmittel erhalten.
- Kontrastmitteluntersuchungen bei Schwangeren oder Stillenden sollten, auch wenn bisher keine Schädigung bekannt ist, nur bei strenger Indikationsstellung durchgeführt werden.
- Bei Durchführung einer Kontrastmitteluntersuchung von Stillenden sollte davor für 24 Stunden Milch abgepumpt werden, da 24 Stunden lang nach der Untersuchung die Milch entsorgt werden muss.
- Bei Frauen mit einem Intrauterinpessar („Spirale“), kann nach der Untersuchung möglicherweise der Empfängnisschutz beeinträchtigt sein. Daher wird nach erfolgter MRT-Untersuchung eine gynäkologische Kontrolle vor dem nächsten Sexualkontakt empfohlen.
- In der Umkleidekabine, vor Betreten des Untersuchungsraumes, sollten Sie bitte folgende Gegenstände ausnahmslos ablegen:

**Gesamte Oberbekleidung (Hose, Pulli, Schuhe), Bekleidung mit Metallteilen (Reißverschlüsse, Knöpfe, BH), Hörgeräte, Prothesen, Zahnprothesen, Uhr, Brille, Schmuck (Ohringe, Halsketten etc.), Haarspangen, Scheck/Kreditkarten (werden sonst gelöscht), Metallteile wie Münzen, Schlüssel, Kugelschreiber, Feuerzeug u.a.**

- Bitte schließen Sie Ihre Wertgegenstände in die Wertfächer der Kabine ein. Den Schlüssel nehmen Sie bitte mit in den Untersuchungsraum. Für liegengeliebene Gegenstände wird nicht gehaftet.

Zum Ausfüllen bitte wenden →

## Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen	<b>Herzschrittmacher</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>Insulinpumpe</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>Hörgerät</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>Cochleaimplantat</b> (implantiertes Hörgerät)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei Frauen:	Sind sie <b>schwanger</b> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>Stillen</b> Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Bei „ja“ informieren Sie bitte eine Mitarbeiterin!  
Bitte nehmen Sie alle technischen Geräte ab!**

Leiden Sie an einer **Nierenfunktionsstörung** oder einem **Nierenschaden**?

Nein oder  Ja \_\_\_\_\_

Sind **Metallteile /-splitter** in Ihrem Körper bekannt? **Wo**?

Nein oder  Ja \_\_\_\_\_

Hatten Sie **Operationen** im Bereich des zu untersuchenden Körperteils? **Welche** und **Wann**?

Nein oder  Ja \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen **Unfall** oder **Sturz**, der die Beschwerden ausgelöst hat? **Was** und **Wann**?

Nein oder  Ja \_\_\_\_\_

Bitte schildern Sie uns genau Ihre **Beschwerden/Schmerzen**: Wo, rechts / links?

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

Seit **wann** bzw. in **welchen Situationen** haben Sie die Beschwerden/Schmerzen?

\_\_\_\_\_

Ich habe den Aufklärungsbogen **verstanden**  
und alle Fragen **wahrheitsgemäß** beantwortet.

Mit der **Untersuchung** und der eventuellen  
Gabe von **Kontrastmittel** bin ich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine **Unterlagen** an den Überweiser,  
evtl. den Hausarzt und im Behandlungsfall (Operation, Kontrollen) an  
die anfordernde Praxis oder das Krankenhaus gefaxt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass erforderliche **Vorbefunde** angefordert werden.

Freilassing, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in,  
bzw. Erziehungsberechtigter