

PatientInneninformationsblatt Magnetresonanztomographie (MRT)

**SOLLTEN SIE TRÄGER EINES HERZSCHRITTMACHERS SEIN,
MELDEN SIE DIES BITTE UNVERZÜGLICH!**

**GEBEN SIE BITTE DIE MÖGLICHKEIT ODER DAS BESTEHEN EINER SCHWANGERSCHAFT
VOR UNTERSUCHUNGSBEGINN BEKANNT!**

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die rückseitig angeführten Fragen zu beantworten. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

Die MRT ist eines der modernsten diagnostischen Verfahren, welches es erlaubt, hochauflösende Bilder von Ihrem Körper **ohne Anwendung von Röntgenstrahlen** anzufertigen. 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.

Untersuchungsablauf:

Wenn Sie zur Untersuchung aufgerufen werden, ziehen Sie bitte Ihre Kleidung laut Anweisung des medizinisch technischen Personals aus. Wegen des starken Magnetfeldes ist es notwendig, alle **metallischen Gegenstände** (z.B. Schmuck, Uhr, Zahnersatz, Geldbörse, Münzen), **Piercings**, alle **Datenträger** (wie z.B. Scheck- und Kreditkarten, Parktickets) und **Hörgeräte** oder Ähnliches in der Kabine zurückzulassen.

Die Untersuchung dauert je nach zu untersuchendem Organ wenige Minuten bis zu einer halben Stunde. Zur Untersuchung werden Sie nach entsprechender Positionierung mittels einer fahrbaren Tischplatte in einen röhrenförmigen Ringmagneten geschoben. Die „Magnetröhre“ ist innen beleuchtet, ständig belüftet und am Kopf- und Fußende offen. Sie stehen über eine Gegensprechanlage und eine Notglocke mit dem/der untersuchenden Assistenten/in in Verbindung, sollten allerdings nur im Notfall davon Gebrauch machen. Im Laufe der Untersuchung hören Sie immer wieder laute **Klopfgeräusche**. Diese Geräusche sind normal und gehören zur Untersuchungsprozedur. Selbstverständlich stellen wir Ihnen einen Gehörschutz in Form von Ohrstöpseln oder Kopfhörern zur Verfügung.

Es ist sehr wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen.

Da wir jede Untersuchung individuell gestalten, kann es zu Wartezeiten kommen. Wir bitten Sie in diesem Fall um Verständnis und bemühen uns immer, die Verzögerung so kurz wie möglich zu halten.

Kontrastmittel:

Um krankhafte Veränderungen deutlicher darstellen zu können, kann es notwendig sein, dass Ihnen ein MR-Kontrastmittel in eine Armvene verabreicht wird.

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen:

- Rötungen und eventuelle kleine Blutergüsse an der Einstichstelle sind unspezifisch und meist belanglos.
- Ganz selten kann es passieren, dass bei der Injektion die Vene platzt oder die Kanüle fehlerhaft liegt. In diesem Fall kann das Kontrastmittel ins Gewebe gelangen. Dies spürt man umgehend und schmerzhaft. Melden Sie sich bitte sofort, auch wenn die Aufnahme bereits läuft, damit die weitere Injektion gestoppt werden kann. Das in das Gewebe ausgetretene Kontrastmittel wird über die Lymphbahnen abtransportiert. Es sind keine schwerwiegenden Folgen zu erwarten.
- Grundsätzlich möglich sind Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien) auf das Kontrastmittel, die sich überwiegend auf rasch vorübergehende Hautausschläge beschränken. Manchmal kommt es zu Kratzen im Hals, bei empfindlichen Personen selten auch zu Atemnot.
- Melden Sie bei der Untersuchung sofort jegliche Beschwerden, die Ihnen ungewöhnlich erscheinen.
- Selten kann es nach intravenöser MR-Kontrastmittelgabe bei eingeschränkter Nierenfunktion zu einer zeitlich verzögerten systemischen Bindegewebsreaktion ("Nephrogene systemische Fibrose") kommen. Sollte eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt sein (oder ein diesbezüglicher Verdacht bestehen), teilen Sie dies bitte dem Arzt/der Ärztin bzw. Assistenten/in vor der MR-Untersuchung mit!
- Schwere Zwischenfälle bis zu einem allergischen Schock und Herz-Kreislaufstillstand sind – wie bei fast allen Medikamenten – möglich. Bei vielen Millionen KM-Gaben kommen solche Ereignisse in den letzten Jahren, also bei den neuen Kontrastmitteln, praktisch nicht mehr vor.
- Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.
- Das Kontrastmittel ist im Verhältnis zu seinem Nutzen als sicheres Medikament zu betrachten. Selbstverständlich können Sie jedoch die Kontrastmittelgabe ohne Angabe von Gründen ablehnen.

Name der Patientin / des Patienten:

Um ein mögliches höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Für etwaige weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

1. Sind Sie Träger/in eines Herzschrittmachers? Ja Nein
2. Hatten Sie eine Augenverletzung?
(z.B. Metall- oder Granatsplitter) Ja Nein
3. Sind Sie an Herz, Blutgefäßen oder am Kopf,
insbesondere an Augen oder Ohren, operiert worden?
Wenn ja, welche Operation? _____ Ja Nein
4. Andere operative Eingriffe? (außer Blinddarm und Mandeln)
Wenn ja, welche Operation? _____ Ja Nein
5. Haben Sie folgende Implantate?
 - Insulinpumpe, Schmerzpumpe Ja Nein
 - Mittelohrimplantat Ja Nein
 - Herzklappen Ja Nein
 - Stent, Gefäßclip Ja Nein
6. Sind in Ihrem Körper Metallteile (z.B. Prothesen, Metallclips, Granatsplitter)
Wenn ja, welche und wo? _____ Ja Nein
7. Haben Sie Allergien, Asthma, Kontrastmittel-/ oder Medikamentenunverträglichkeiten?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
8. Wurde bei Ihnen bereits eine MRT durchgeführt? Ja Nein
9. Haben Sie Angst in engen Räumen? Ja Nein
10. Sind Sie tätowiert oder haben Sie ein Permanent Make-up? Ja Nein
11. Körpergröße in cm _____ Körpergewicht in kg _____
12. **Für Frauen:**
 - Sind sie schwanger? Ja Nein
 - Stillen Sie gerade? Ja Nein
 - Tragen Sie eine Spirale (IUP-Interuterinpressar)? Ja Nein

Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt gelesen und seinen Inhalt verstanden habe. Ich habe die Fragen dieser PatientInneninformation nach bestem Wissen beantwortet. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung und einer etwaigen intravenösen Kontrastmittelgabe zu.

Datum und Unterschrift Patient/In

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
(bei PatientInnen bis zum vollendeten 18. Lj.)

Von Bellaria Diagnose auszufüllen:

Name und Unterschrift des Arztes

Name und Unterschrift der MTF / RT

Anamnese: Kreatinin: _____ mg/dl GFR: _____ Befunddatum (Blutbefund): _____

Kontrastmittel: