

Patienteninformation zur Magnetresonanztomographie (MRT)

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf Anweisung Ihres Arztes soll bei Ihnen eine Kernspintomographie (MRT/ NMR) erfolgen. Bei dieser Technik werden keine Röntgenstrahlen eingesetzt. Die Bilderzeugung erfolgt mit Hilfe eines starken Magnetfeldes.

Wann kann KEINE MRT-Untersuchung durchgeführt werden?

Derzeit ist kein MRT möglich bei **Herzschrittmachern, Defibrillatoren, Neurostimulatoren** sowie **Cochlea-Implantaten. Fremdkörper** aus Metall bergen ein Verletzungsrisiko und müssen besprochen werden. **Implantate aus Metall** im Ohr und **Clips** im Kopf müssen als „MRT tauglich“ klassifiziert sein. **Herzklappen** oder **Metallclips** im Bauch-/ Brustraum sind meist kein Problem, sollten uns aber bekannt sein, damit ein evtl. Risiko ausgeschlossen wird.

Was ist vor der MRT-Untersuchung zu beachten?

Gegenstände aus Metall können zu schweren Unfällen und Bildartefakten führen und sind in der Umkleidekabine abzulegen, z.B. **Uhr, Hörgerät, Schlüsselbund, Schmuck, Geldmünzen.** Ebenso sind **Scheck-/ und Kreditkarten abzulegen**, da Informationen durch das Magnetfeld gelöscht werden. **Metallpigmente** in Cremes und Augen Make-Up („Glitzer“) müssen für die Untersuchung entfernt werden. Die Kosmetiktücher bekommen Sie von uns.

Wie ist der Ablauf der Untersuchung?

Sie werden in der beleuchteten und offenen „Röhre“ gelagert. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine Kernspintomographie ist es, Störungen durch **Bewegungen zu vermeiden!** Während des Bildaufnahme-prozesses entstehen laute **Klopfgeräusche.** Sie bekommen von uns einen **Gehörschutz**, über welchen wir auf Wunsch auch Musik einspielen können.

Die zu untersuchende Region muss in der Mitte der Röhre liegen. Je nach Untersuchung ist der Kopf im oder außerhalb des MR-Tunnels. Über eine **Sprechanlage** sind wir mit Ihnen in direktem Kontakt. Sie erhalten eine **Klingel**, mit der Sie ein Signal abgeben können. Falls Sie unter **Klaustrophobie** („Platzangst“) leiden, kann Ihnen ein gut wirkendes **Beruhigungsmittel** verabreicht werden. Danach ist weder die Teilnahme am

Straßenverkehr noch die Ausführung einer Arbeit möglich! Wir verabreichen Beruhigungsmittel nur an Patienten mit einer Begleitperson.

Kontrastmittel

Es kann notwendig sein, ein **Kontrastmittel** über eine Vene zu injizieren, um aussagekräftigere Bilder zu erhalten. Das MR-Kontrastmittel ist allgemein sehr gut verträglich. Es wird innerhalb weniger Stunden aus dem Körper ausgeschieden.

Es wurde eine **Anreicherung** von MRT Kontrastmitteln im Gehirn, vor allem bei wiederholter Kontrastmittelgabe, beobachtet. Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) bestätigt, dass derzeit kein Nachweis einer Schädigung vorliegt. Für einige **lineare** gadoliniumhaltige Kontrastmittel wurden jedoch Einschränkungen empfohlen. Das von uns verwendete **makrozyklische** Kontrastmittel **Gadovist®** (Bayer) ist von diesen Einschränkungen **nicht betroffen** und gilt als **stabiler** bezüglich der Freisetzung.

Risiken und Komplikationen

- **Tätowierungen** und **Permanent Make-Up** können zu Hautreizungen führen.
- **Weichteil-/ Nervenschäden** (z.B. Venenreizung, Absterben von Gewebe) infolge einer Injektion.
- **Überempfindlichkeitsreaktionen** auf das MR-Kontrastmittel (z.B. Hautausschlag, Brechreiz oder Juckreiz) sind selten. **Schwere Allergien** wie Schwellung der Schleimhäute, Atemstörungen, Herz-/Kreislaufversagen sind extrem selten, erfordern aber eine intensiv-medizinische Behandlung und sind **lebensbedrohlich.**
- Bei einer bestehenden **Nierenfunktionsstörung** kann es durch das Kontrastmittel zu einer **nephrogenen systemischen Fibrose (NSF)** kommen; einer schwerwiegenden und nicht behandelbaren Bindegewebs-erkrankung, die zu Verhärtung der Haut und der inneren Organen führt.
- Falls Sie eine Kontrastmittelgabe erhalten haben, verbleiben Sie bitte nach der Untersuchung noch mindestens 30 Minuten in der Praxis.

Für die Untersuchung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst genau zu beantworten.

Bitte wenden!

Patienteninformation zur Magnetresonanztomographie (MRT)

Vorname / Nachname: _____

Geb.-Datum: _____ Körpergewicht (kg): _____ Körpergröße (m): _____

1. Wegen welcher Beschwerden sind Sie bei uns? (Bitte Beschreibung der Symptome)

2. Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers** oder anderer elektrischer Geräte wie z.B. **Defibrillator, Neurostimulator, Cochlea-Implantat**? ja nein

3. Haben Sie in/an Ihrem Körper **Metallteile** (z.B. Insulinpumpe, künstliche Herzklappe, Stents, Gefäßclips, Piercing, Prothesen o.ä.)? ja nein

Wenn ja, welche und wo: _____

4. Sind Sie am Herzen, Kopf oder der Wirbelsäule operiert worden? ja nein

Wenn ja, was und wann: _____

5. Hatten Sie jemals eine **Metallsplitterverletzung**? ja nein

6. Sind Sie Träger von Kontaktlinsen? ja nein

7. Haben Sie ein Permanent-Make-Up oder Tätowierungen? ja nein

8. Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. Tbc, HIV, Hepatitis)? ja nein

9. Liegt bei Ihnen ein Nierenleiden oder Leberleiden vor? ja nein

10. Bestehen **Allergien** z.B. gegen Medikamente, Pflaster? ja nein

Wenn ja, welche: _____

11. Haben Sie schon einmal ein MRT mit **Kontrastmittel** bekommen? ja nein

Wenn ja, haben Sie dieses gut vertragen? ja nein

12. Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ja nein

13. Für Frauen im gebärfähigen Alter - Sind Sie **schwanger**? ja nein

• Stillen Sie? ja nein

• Tragen Sie eine Spirale (Intrauterinpressar/ IUP)? ja nein

14. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei Bedarf Voraufnahmen bei anderen Ärzten eingeholt werden dürfen ja nein

Einwilligungserklärung

Ich versichere sämtliche Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich bin ausführlich über die bevorstehende Untersuchung sowie einer ggf. erforderlichen Kontrastmittelgabe informiert. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die angeordnete Untersuchung ein. Ich habe die Patienteninformation (Version 1.11.2019) zum Datenschutz gelesen und bin mit allen Punkten einverstanden.

Sofern Sie eine Kopie dieser Unterlage wünschen, dann sprechen Sie bitte unsere Mitarbeiter an.

Eichsfeld, den _____
Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)

Nur vom zuständigen Arzt auszufüllen

Anmerkungen bei geplanter MRT- Kontrastmittelgabe

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, spezifische Nebenwirkungen, Alternativen)

Eichsfeld, den _____
Datum

Unterschrift Arzt (Ärztin)