

## Kernspintomographie (Magnet-Resonanz-Tomographie, MRT)

### Was ist eine Kernspintomographie?

Ein Computer erstellt Querschnittsbilder der untersuchten Körperregion. So können krankhafte Veränderungen (z.B. ein Bandscheibenvorfall, Gehirnveränderungen, Gefäßerkrankungen u.a.) exakt nachgewiesen werden, ohne Röntgenstrahlen zu benutzen.

### Wie erfolgt die Untersuchung?

Sie werden langsam im Liegen in eine ca. 60 – 80cm große Öffnung des röhrenförmigen Magneten hineinbewegt. Bei Untersuchungen vom Kopf und Halswirbelsäule schließen Sie bitte während der Einstellprozedur die Augen, damit diese nicht vom Positionslaser des Kernspingerätes getroffen werden. Während der Untersuchung bitte vollkommen ruhig liegen bleiben und gleichmäßig atmen. Über eine Klingel kann jederzeit Unwohlsein signalisiert werden.

Laute Klopfgeräusche während der Untersuchung rühren von den elektromagnetischen Schaltungen her und sind völlig normal. In der Regel erhalten Sie Ohrstöpsel und/oder Kopfhörer über die Sie bei speziellen Untersuchungen Atemkommandos erhalten.

Bei Neigung zu Platzangst oder Panikattacken kann vorab ein Beruhigungsmittel verabreicht werden, da die geringste Bewegung Bildstörungen verursacht und die genaue Beurteilbarkeit der Bilder eingeschränkt werden kann. Die durchschnittliche Untersuchungszeit liegt bei etwa 20 – 40 Minuten.

In manchen Fällen ist es notwendig, spezielle Kontrastmittel (z.B. Gadolinium) intravenös zu verabreichen, um bestimmte Strukturen besser beurteilen zu können.

### Worauf ist zu achten?

Wegen der evtl. Gabe von eisenhaltigem Kontrastmittel ist bei Ihrem Arzt der Kreatininwert zu bestimmen und diesen zur Untersuchung mitzubringen.

### Vor der Untersuchung:

Metallteile die in das Magnetfeld gelangen können zu Verletzungen und Bildfehlern führen!

Legen Sie deshalb alle metallenen oder magnetischen Gegenstände vor dem Betreten des Untersuchungsraumes ab:

Uhr, Brille, Schlüssel, (Piercing-) Schmuck, Haarnadeln/-spangen, Kugelschreiber, Geldbeutel, Scheck- oder Kreditkarten, Parkkarte (Magnetstreifen werden gelöscht!), Gürtel, herausnehmbarer Zahnersatz/Zahnspangen, Akupunkturnadeln, Hörhilfe.

### Nach der Untersuchung:

Wurde Ihnen ein Kontrastmittel verabreicht, trinken Sie viel (Tee, Mineralwasser) um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu unterstützen.

Falls Sie ein Beruhigungsmittel erhalten haben, lassen Sie sich bitte unbedingt von einer erwachsenen Person abholen. Aufgrund der vorübergehenden Einschränkung der Straßenverkehrstauglichkeit dürfen Sie in den nächsten 24 Stunden kein Fahrzeug steuern, keine gefährlichen Tätigkeiten (z.B. an gefährlichen Maschinen, Arbeiten ohne sicheren Halt) verrichten, keinen Alkohol trinken und sollten keine schwerwiegenden Entscheidungen treffen.

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns folgende Fragen möglichst genau zu beantworten.

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

1. Befindet sich ein Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe oder Defibrillator im Körper? ja  nein
  2. Befinden sich magnetische oder metallische Teile im Körper?  
(z.B. Gefäß-oder chirurgische Clips, Gelenkprothese, Stent, Metallstifte, Hautchips, Zahnspange, Implantate, Granat-oder sonstige Metallsplitter, Spirale, Akupunkturnadeln, Insulin-oder Schmerzmittelpumpe, Neurostimulator, Gehörimplantat, Intraport, Piercing)  
Wenn ja, welche und in welcher Körperregion?  
\_\_\_\_\_  
3. War schon einmal eine Operation am Herzen oder Kopf notwendig? ja  nein
  4. Wurde bereits eine Operation in der jetzt zu untersuchenden Körperregion durchgeführt?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ ja  nein
  5. Liegt eine Nieren- oder Lebererkrankung vor oder wurde bereits eine Transplantation durchgeführt? ja  nein
  6. Besteht eine Allergie (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder eine Überempfindlichkeit?  
(z.B. gegen Medikamente, Jod, Penicillin, Pflaster, Latex, Kontrastmittel)?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Bitte ggf. den Allergiepass vorlegen! ja  nein
  7. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit  
(z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV-Infektion/AIDS)? ja  nein
  8. Bestehen Angina pectoris-Beschwerden, Vorhofflimmern, andere Herzrhythmusstörungen oder frischer Herzinfarkt? ja  nein
  9. Erfolgten bisher Untersuchungen mit Kontrastmittelgabe?  
Wenn ja, traten bei Kontrastmittelgabe Probleme auf  
(z.B. Kreislaufreaktionen, Schock, Hautausschlag o.Ä.)? ja  nein
  10. Bestehen Ohrgeräusche (Tinnitus)? ja  nein
  11. Liegt eine Neigung zur Klaustrophobie vor?  
(Angst vor engen oder geschlossenen Räumen) ja  nein
  12. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie Schwanger sein? ja  nein
  13. Stillen Sie? ja  nein
- **Ich bitte um Erhalt einer Kopie des Aufklärungsbogens** ja  nein

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen zur Anamnese nach bestem Wissen beantwortet.  
Mit der Durchführung der MRT-Untersuchung und der eventuellen Gabe von Kontrastmittel bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift**

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)