Kernspintomographie

RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

Name, Vorname: ..... **Geb. Datum:** .....

Adresse: .....

Geburtsname: ..... **Geburtsort:** .....

Telefon-Nr: ..... **E-Mail**: .....

Bitte stellen Sie sich auf eine gesamte Untersuchungsdauer von 1 bis 1 1/2 Stunden ein.
(Vorbereitung, Aufnahme, Bildberechnung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auf Veranlassung Ihres behandelnden Arztes wurden Sie uns zur Kernspintomographie (MR) überwiesen. Anstelle von Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen werden hier zur bildlichen Darstellung Ihres Körpers **Radiowellen** in einem starken **Magnetfeld** verwendet. Das entstehende Echosignal wird von sehr empfindlichen Spulen aufgefangen und einem Computer zugeführt, der hieraus Bilder erstellt. Daraus sind Informationen zu erhalten, die mit anderen Methoden nicht zu gewinnen sind.

Während der letzten Jahre wurden hunderttausende Untersuchungen in dieser Form ohne Neben oder Nachwirkungen durchgeführt. Nach heutigem Stand unseres Wissens sind Schäden unwahrscheinlich. Die **schmerzlose** Untersuchung wird in einem speziellen Raum durchgeführt, wobei je nach Fragestellung 20 bis 45 Min. Gesamtdauer veranschlagt werden. Die **eigentliche Untersuchung** dauert jeweils solange, wie Sie das **laute Klopfen** hören. Während dieser Zeit sollten Sie **absolut ruhig** und entspannt liegen und sich nicht bewegen, da es sonst zu Bildstörungen kommt. Sie haben jederzeit Sprechkontakt mit uns, eine Klimaanlage ist eingeschaltet.
Da einzelne Messungen sehr laut sind, bekommen Sie von uns einen Kopfhörer oder Ohrstöpsel.

Um ein noch aussagekräftigeres Bild zu erhalten, kann es erforderlich werden, zusätzlich ein **Kontrastmittel (keine jodhaltige Substanz)** einzunehmen und/oder einzuspritzen. Gelegentlich verursachen die hier verwendeten Kontrastmittel allergische Reaktionen, wie Übelkeit, Augenjucken, Hautausschlag, Kreislaufreaktionen. An der Einstichstelle kann es, wie bei jeder Injektion, zu Schmerzen, Blutergüssen, Infektionen und in sehr seltenen Fällen zu Venenentzündungen, Thrombosen, Nekrosen, Sepsis kommen. Sehr selten sind schwerwiegende Komplikationen wie Kreislaufversagen, bleibende Organschäden und Exitus.

Fragebogen

Um Risiken rechtzeitig erkennen zu können, möchten wir Sie bitten, uns vorab einige Fragen zu beantworten:

1. Wurde bei Ihnen früher eine Kernspintomographie oder Computertomographie durchgeführt? Wann? Wo? Welches Organ?.....
2. Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes?
   .....
   .....
3. a. Angabe des Körpergewichtes in kg: ..... b. Körpergröße in cm: .....
4. Hatten Sie jemals einen chirurgischen Eingriff? Wenn ja, welchen und an welchem Organ?
   .....
5. Bestehen/bestanden bei Ihnen ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Bitte wenden!

6. Besteht eine Allergie (z. B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster etc.?

   .....

7. Sind Sie dialysepflichtig oder besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion? ❑ Ja ❑ Nein

8. Haben Sie:

- einen Herzschrittmacher?	❑ Ja	❑ Nein
- magnetische Implantate (z. B. Zähne, Augen, Ohren)	❑ Ja	❑ Nein
- eine Insulinpumpe?	❑ Ja	❑ Nein
- Metallclips nach Gefäßoperationen: - Gehirn?	❑ Ja	❑ Nein
- Herzkranzgefäße?	❑ Ja	❑ Nein
- Aneurysma? (Gefäßerweiterung)	❑ Ja	❑ Nein
- Metallsplitter im Körper/Auge?	❑ Ja	❑ Nein
- Schrauben/Platten nach Knochenverletzungen, künstl. Gelenk?	❑ Ja	❑ Nein
- Mittelohrprothesen/Hörgeräte?	❑ Ja	❑ Nein

Nur für Frauen:

9. Besteht eine Schwangerschaft? ❑ Ja ❑ Nein
10. Stillen Sie? ❑ Ja ❑ Nein

Falls nötig, bitte rechtzeitig vor der Untersuchung zur Toilette gehen. Denken Sie an die längere Untersuchungszeit.

Ausnahme: Untersuchung des Beckens!

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Wir geben Ihnen gerne Auskunft!

Bitte beachten Sie:

Metallteile können, wenn sie in das Magnetfeld gelangen, Unfälle verursachen und die Bildqualität beeinflussen. Legen Sie bitte deshalb vor Betreten des Untersuchungsraumes in der Kabine folgende Gegenstände ab:

- Uhr, Brille, allen Schmuck, Zahnprothesen, Hörgerät, Scheckkarten, Geldbörse, Schlüssel und andere Metallteile
- Metallteile an der Kleidung (Gürtelschnallen, Knöpfe, Reißverschluss)

Einwilligungserklärung

- ► **Ich habe den Aufklärungsbogen sorgsam gelesen und verstanden. Gegebenenfalls erforderliche Rückfragen wurden mir verständlich beantwortet.**
- ► **Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit.**
- ► **Ich willige hiermit in die angeordnete Untersuchung ein. Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.**
- ► **Die gestellten Fragen wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet.**
- ► **Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens** ❑ Ja ❑ Nein

....., den .....

.....	.....
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Vormund	Unterschrift (MTRA / MFA / Arzt / Ärztin) der zur Durchführung der Untersuchung berechtigten Person

Ich lehne eine Untersuchung mit Kontrastmittel ab!
Über mögliche Nachteile durch meine Ablehnung wurde ich aufgeklärt.

.....	.....
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Vormund	Unterschrift (MTRA / MFA / Arzt / Ärztin) der zur Durchführung der Untersuchung berechtigten Person