



Liebe Frau / Lieber Herr

Sie sind bei uns zu einer Untersuchung mittels Magnetresonanztomographie (MRT, auch Kernspintomographie) angemeldet worden. Die Magnetresonanztomographie ist eine Methode, die die unterschiedliche Magnetisierbarkeit menschlicher Gewebe ausnutzt, um hochwertige Bilder einzelner Organe, Gelenke oder ganzer Körperregionen anzufertigen. Mit modernen MRT-Scannern können Ort, Ausdehnung und Ursache einer Erkrankung häufig wesentlich besser dargestellt werden, als dies mit herkömmlichen Verfahren wie Röntgenuntersuchungen oder Ultraschall möglich ist.

Während der Untersuchung liegen Sie auf dem Untersuchungstisch mit einem Teil Ihres Körpers in einer Röhre, die relativ kurz und weit offen ist. Kurze Radiowellen-Impulse regen die Wasserstoffkerne (Protonen) in den Geweben dazu an, elektromagnetische Impulse abzugeben. Die klopfenden Geräusche, die durch das schnelle An- und Abschalten der Magnetspulen entstehen, können Sie während der Untersuchung hören. Die Untersuchung dauert zwischen ca. 15 und 45 Minuten, dabei bleiben Sie bitte so ruhig wie möglich liegen.

Nur Herz- und Gefäßuntersuchungen: Da sich das Herz schnell bewegt, sind zum Teil atemangehaltene Messungen notwendig (dabei bitte für ca. 10 bis 20 Sekunden die Luft anhalten).

Nur bei so genannten "Stress-Untersuchungen" zu Durchblutungsstörungen des Herzens bekommen Sie zu Beginn der Untersuchung ein Medikament verabreicht, das eine körperliche Belastung simuliert. Während dieser Zeit kann ein Wärmegefühl auftreten, manche Patienten verspüren auch ein Engegefühl im Hals oder Brustkorb, es können in seltenen Fällen auch Herzrhythmusstörungen auftreten; dies ist eine normale Wirkung des Medikamentes und endet in der Regel innerhalb weniger Sekunden.

Risiken und Nebenwirkungen sind bei den zur Patientenuntersuchung eingesetzten MRT-Scannern bisher nicht bekannt, die Magnetfelder belasten den Körper nicht. Manchmal ist es notwendig, ein Kontrastmittel, durch med. Assistenzpersonal, in eine Armvene einzuspritzen. Dieses Kontrastmittel kann in sehr seltenen Fällen Nebenwirkungen wie z.B. Übelkeit oder andere allergische Reaktionen bis 48 h nach der Untersuchung auslösen. Metallteile können im Magnetfeld zu Störungen führen. Wir bitten Sie deshalb, vor Betreten des Untersuchungsraumes folgende Gegenstände abzulegen:

- Schmuck (z.B. Uhren, Ohringe, Ketten, Ringe), Brille, Zahnprothesen, Hörgeräte, Metallteile an der Kleidung, Karten m. Magnetstreifen (z.B. Scheck-Versicherungskarten)
- Schlüssel, Münzen, Haarspangen, Schreibgeräte wie Kugelschreiber oder sonstige Gegenstände, die Metall enthalten.

Elektronische Implantate (z.B. Herzschrittmacher, Defibrillatoren, Innenohrimplantate) können während der Untersuchung beschädigt werden, Metallteile (z.B. Granatsplitter) können sich bewegen und Ihnen Schaden zufügen!

Bitte beantworten Sie nachstehend folgende Fragen sorgfältig und fragen Sie bitte ggfs. bei einem unserer Ärzte oder Assistenten nach:

Nachname: _____ Vorname: _____	Geburtsdatum: _____	Körpergröße: _____ Gewicht: _____ RR Puls: _____ Voraufnahmen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------	---

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? nein ja
2. Haben Sie in Ihrem Körper Metallteile außer Zahnersatz? nein ja
 z.B. Metallprothesen, Gelenkersatz, Gefäßclips, Insulin-/Zytostatikapumpen, Cochleaimplantat, Granatsplitter
 Wenn **ja**, welche? _____
3. Bei einer Stress – Untersuchung des Herzens ist es notwendig 24 h zuvor **keinen** Kaffee, schwarzen Tee, Cola, Kakao, Schokolade oder Banane konsumiert zu haben. Haben Sie diesen Zeitraum eingehalten? nein ja
4. Haben Sie Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Emphysem)? nein ja
5. Wurden Sie bereits am Kopf, Hals oder Innenohr operiert? nein ja
6. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? nein ja
7. Haben Sie bekannte Allergien? nein ja
 Wenn **ja**, welche? _____
8. Leiden Sie unter übertragbaren Erkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, etc.)? nein ja
9. Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? nein ja
 Wenn **ja**, wann und welche Lokalisation? _____
10. Hatten Sie schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung oder eine Stentimplantation? nein ja
 Wenn **ja**, wann und welche Lokalisation? _____
11. Verspüren Sie eine Brustenge / Brustschmerzen oder Luftnot unter Belastung? nein ja
12. Leiden Sie an:
 - Bluthochdruck? nein ja
 - Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? nein ja
 - Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride)? nein ja
13. Sind Angehörige Ihrer Familie am Herzen erkrankt? nein ja
14. Rauchen Sie? Wenn **ja**, wie viele? _____ nein ja
15. Sind Tumore bzw. Krebserkrankungen bekannt? nein ja

Wenn **ja**, welche? _____

Welche Therapie erfolgte? OP Bestrahlung Chemotherapie

Ich wurde anhand dieses Merkblatts über die bevorstehende Untersuchung und ihre möglichen Risiken aufgeklärt. Alle darüber hinaus reichenden, mich noch interessierenden Fragen wurden beantwortet.

Hiermit willige ich in die Untersuchung ein: _____
Datum und Unterschrift des Patienten