



Dres. St. Neumann, P. Baumann, Chr. Jürgens, S. Hamers, W. Flocken,  
A. Pröschold, U. Siefker, U. Bergt, J. von Lingen, C. Bendel, N. Wendt, M. Michael,  
B. Hecht, A. Heefeld; E. Schmidt, D. Krastel, J. Potthast, A. Neumann  
Fachärzte für Radiologie / Nuklearmedizin

## Kernspintomographie (MRT)

Die Kernspintomographie oder MRT (=Magnet-Resonanz-Tomographie) ist ein hochmodernes Untersuchungsverfahren, bei dem Schichtaufnahmen des Körpers angefertigt werden. Die Aufnahmen werden in einem Magneten ohne Röntgenstrahlen erstellt. Bisher sind keine schädigenden Wirkungen des Magnetfeldes auf den Menschen bekannt.

Trotz des sehr starken Magnetfeldes dürfen die meisten Menschen mit operativ eingebrachten metallischen Fremdkörpern untersucht werden. Lebensgefahr besteht allerdings bei Trägern von Herzschrittmachern. Gefährlich sind zudem „nicht medizinische“ metallische Fremdkörper z. B. durch Unfälle. Tattoos können zu lokalen Verbrennungen führen. Die Untersuchung dauert etwa 15 - 20 min. Menschen mit starker Platzangst können vor der Untersuchung eine leichte Beruhigungsspritze erhalten. Sie müssen hierfür jedoch in Begleitung sein. Eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr ist am selben Tag dann nicht mehr erlaubt.

Bei Frauen mit einer Kupfer-Spirale empfehlen wir, nach einer MRT-Untersuchung die Lage durch den Gynäkologen überprüfen zu lassen, um eine ungewollte Schwangerschaft zu vermeiden. Obwohl bisher kein Risiko nachgewiesen ist, sollten schwangere Frauen nur nach strenger Indikationsstellung untersucht werden.

Gelegentlich ist die Gabe eines Kontrastmittels in eine Armvene erforderlich. Dieses Kontrastmittel ist sehr gut verträglich. Sehr selten wurden leichte Nebenwirkungen wie Schmerzgefühl im Zusammenhang mit der Venenpunktion beschrieben. Allergische Reaktionen sind ebenfalls selten. Bei stark eingeschränkter Nierenfunktion darf das Kontrastmittel nur unter bestimmten Voraussetzungen eingesetzt werden. Zahnprothesen sollten herausgenommen werden. Wenn Sie nicht mit der Weiterleitung des Untersuchungsergebnisses an weiterbehandelnde Ärzte einverstanden sind, teilen Sie uns dies bitte mit.

	ja	nein
• Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sind Sie an Kopf oder Herz operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist eine Kontrastmittelallergie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht eine Nierenfunktionsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (HIV, Hepatitis, Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Körpergewicht:		Kg

**Name:**

**Geb. Datum:**

**Vorname:**

**Telefon:**

### Einwilligungserklärung:

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung nach genügender Bedenkzeit ein.

Ich bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden. ja  nein

Ich versichere, außer den oben erwähnten, keine Metallobjekte/-splitter im Körper zu haben und vor der Untersuchung alle metallischen/elektronischen Gegenstände in der Umkleidekabine zu lassen.

Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens

Ich wünsche die Aushändigung einer Kopie dieses Aufklärungsbogens

**Datum:**

**Unterschrift: X**

Unterschrift des aufklärenden Arztes: