

# AMBULATORIUM FÜR BILDGEBENDE DIAGNOSTIK RIED

Ärztliche Leitung: Prim. Dr. Christian-M. Fock

4910 RIED, SCHLOSSBERG 1, TEL.: (07752)70110/ 2700, FAX: (07752)70110/6660

---

## PATIENTENINFORMATION zur MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE

Sehr geehrte(r) Patient(in)!

Sie wurden von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin zur Magnetresonanztomographie-Untersuchung in unser Ambulatorium überwiesen. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die unten angeführten Fragen zu beantworten. Der folgende Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

### *Was ist eine Magnetresonanztomographie?*

Die MR-Tomographie ist eine Untersuchung, bei der durch die Verwendung eines starken Magnetfeldes und Radiowellen Bilder des menschlichen Körpers erzeugt werden.

Die Untersuchung ist nach heutigem Stand des Wissens für den menschlichen Körper völlig unschädlich und frei von biologischen Risiken. Die MR-Untersuchung ist ohne Röntgenstrahlenbelastung und schmerzfrei.

### *Wie läuft die Untersuchung ab?*

Die Untersuchungszeit beträgt je nach Körperregion zwischen 10 und 60 Minuten. Während der Untersuchung ist ein lautes Klopfgeräusch zu hören, das völlig normal ist. Um Sie von diesem Geräusch abzulenken, bekommen Sie auf Wunsch einen Kopfhörer mit Musik Ihrer Wahl. Es ist besonders wichtig, dass Sie während der gesamten Zeit **absolut ruhig im Gerät liegen** bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen. Während der Untersuchung sind Sie über eine Gegensprechanlage und Videokamera, sowie über einen kleinen Signalgeber in Ihrer Hand mit uns verbunden.

### *Wozu Kontrastmittel?*

In manchen Fällen muss zur Verbesserung der diagnostischen Aussagekraft ein spezielles MR-Kontrastmittel verabreicht werden. Die eingesetzten Kontrastmittel sind **ausgezeichnet verträglich, Nebenwirkungen** (wie Erbrechen, Kopfschmerzen, Atemnot oder Hautausschläge) **sind die Ausnahme**.

### *Wichtig:*

Da Sie während der Untersuchung in einem starken Magnetfeld liegen, ist es von besonderer Wichtigkeit, dass Sie **keine metallischen Gegenstände** in den Magnestraum mitnehmen. Auch bestimmte **Metallteile in Ihrem Körper** können die Untersuchungsmöglichkeiten verhindern.

Wir bitten Sie Ihre üblichen Schmerzmittel so einzunehmen, dass Sie während der MR-Untersuchung schmerzfrei sind.

Bitte entfernen Sie alle metallischen Gegenstände (z.B. Schmuck, Geldmünzen, Haarspangen, Uhren, Scheckkarten) und Hörhilfen, Brillen oder Zahnersatz etc..

**BITTE BLATT WENDEN!!!**

NAME \_\_\_\_\_

Um die Untersuchung für Sie risikofrei durchführen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:

- |     |  |          |              |
|-----|--|----------|--------------|
| 1.  | <b>Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung gehabt?</b>  | JA       | NEIN         |
| 2.  | <b>Haben Sie einen Herzschrittmacher, eine Insulinpumpe oder eine Schmerzpumpe?</b>  | JA       | NEIN         |
| 3.  | <b>Haben Sie Metallteile oder Metallsplitter</b> in oder an Ihrem Körper (chirurg. Clips nach Operationen, Granatsplitter)?  | JA       | NEIN         |
| 4.  | <b>Haben Sie Implantate oder Prothesen</b> (wie z.B. Mittelohrimplantate, Herzklappen- oder Hüftprothesen)?  | JA       | NEIN         |
| 5.  | <b>Haben Sie eine Zahnprothese?</b>  | JA       | NEIN         |
| 6.  | <b>Tragen Sie ein Hörgerät?</b>  | JA       | NEIN         |
| 7.  | <b>Wurde bei Ihnen eine Operation am Auge, am Gehirn, am Innenohr, an der Wirbelsäule oder am Herzen durchgeführt?</b>   | JA       | NEIN         |
| 8.  | <b>Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür dass Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden oder litten?</b> Zutreffendes unterstreichen bzw. ergänzen.                              |          |              |
|     | a) <b>Nieren:</b> Nierensteine, Nierenentzündung, Dialyse, hohe Kreatinin- oder Harnsäurewerte<br>oder: _____  | JA       | NEIN         |
|     | b) <b>Stoffwechsel:</b> Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht  | JA       | NEIN         |
| 9.  | <b>Leiden Sie unter starker Platzangst?</b>  | JA       | NEIN         |
| 10. | <b>Neigen Sie zu Allergien?</b><br>Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind bisher extrem selten beobachtet worden. Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle. | JA       | NEIN         |
| 11. | <b>Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?</b><br>Stillen Sie Ihr Kind?   | JA<br>JA | NEIN<br>NEIN |
| 12. | <b>Sind Sie tätowiert, tragen Sie ein Piercing oder Permanentmake-up?</b>  | JA       | NEIN         |
| 13. | <b>Tragen Sie eines der folgenden Arzneimittelpflaster:</b><br>Emla, Fentoron, Flector EP, Neupro, Nicorette, Nicotinell, Nitroderm  | JA       | NEIN         |
| 14. | <b>Körpergewicht</b> _____ kg  |          |              |

Falls Sie weitere Fragen haben, so zögern Sie nicht und wenden sich bitte an den mit der Untersuchung betrauten Röntgenarzt.

**Erklärung des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten:**

Ich habe die vorliegende Patienteninformation gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich hatte noch ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, alle mich interessierenden Fragen zu stellen und mich über spezielle Risiken, Alternativuntersuchungen und mögliche Komplikationen der MR-Untersuchung zu informieren. Diese wurden ausreichend beantwortet. Dabei wurde auch geklärt, ob die Untersuchung bei mir durchgeführt werden kann. Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

Ich willige hiermit in die durchzuführende MR-Untersuchung ein.

**Datum** .....

**Unterschrift** .....  
(des Patienten oder Erziehungsberechtigten)