

Aufklärung zur Magnetresonanztomographie (MRT)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind heute zu uns gekommen, um eine Magnetresonanztomographie durchführen zu lassen. Hierbei handelt es sich um ein diagnostisches Verfahren, bei dem durch elektromagnetische Signale, die in einem starken Magneten erzeugt wurden, menschliche Organe bildlich dargestellt werden können.

➤ Wie läuft die Untersuchung ab?

Während der Untersuchungszeit (in der Regel zwischen 10 und 20 Minuten, in einzelnen Fällen auch länger) liegen sie auf einer Liege in dem Tunnel-ähnlichen Gerät. Sie hören zeitweise laute Klopfgeräusche, die Sie nicht beunruhigen sollten, und gegen die wir Ihnen Kopfhörer oder Oropax anbieten. Zur Untersuchung sollten Sie möglichst entspannt und bewegungslos liegen bleiben, da es sonst zu Qualitätseinbußen der Aufnahmen kommt.

Für alle Fälle halten Sie einen Gummiball in der Hand, der es Ihnen ermöglicht, beim Zusammendrücken ein Notsignal auszulösen.

Bei den meisten Fragestellungen ist es notwendig, ein spezielles Kontrastmittel in eine Vene einzuspritzen. Dieses enthält im Gegensatz zu Röntgenkontrastmitteln kein Jod und ist im Allgemeinen gut verträglich. In extrem seltenen Fällen kann es dennoch zu allergischen Nebenwirkungen wie Juckreiz, Übelkeit, Schwindel oder zu einem Hautausschlag kommen. Melden Sie sich bitte bei unserem Personal, falls eines dieser Symptome auftreten sollte.

➤ Risiken der Untersuchung

Grundsätzlich sind Schädigungen durch Magnetfelder der Art und Stärke, wie wir sie verwenden, nicht bekannt und nicht zu erwarten. Allerdings gibt es bestimmte Einschränkungen:

- Patienten mit einem Herzschrittmacher dürfen nicht untersucht werden, da es durch das starke Magnetfeld zu Funktionsausfällen kommen kann.

➤ Folgende Dinge dürfen Sie nicht mit in den Untersuchungsraum nehmen:

- Armbanduhr, Schmuck, Piercing usw.
- Lose Metallteile in Hosen- und Hemdtaschen (z. B. Geldstücke, Schlüssel, Feuerzeug etc.)
- Scheck- und Kreditkarten
- Hörgerät

Sonstiges: _____

- Ich habe den Aufklärungsbogen verstanden und bin mit der Untersuchung sowie mit der evtl. notwendigen Gabe von Kontrastmittel einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient(in)
bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Datum, Unterschrift Arzt