

Erklärung zur Untersuchung

Bei einer Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) werden in einem starken Magnetfeld Schnittbilder des Körperinnern erzeugt. Im Gegensatz zum Röntgen und zur Computertomographie werden hierbei keine Röntgenstrahlen verwendet.



Untersuchungsablauf

Die Untersuchung erfolgt in bequemer Rücken- oder Bauchlage. Sollten Sie zu **Platzangst** neigen, kann vorab ein Beruhigungsmittel verabreicht werden. Laute Klopferäusche während der Untersuchung rühren von den elektromagnetischen Schaltungen her und sind völlig normal. Sie erhalten deshalb auch Ohrstöpsel und /oder Kopfhörer. Die Untersuchung dauert ca. 30–40 Minuten. Während der ganzen Untersuchung stehen Sie mit unserem Fachpersonal in Kontakt. Körperbewegungen sind während der Untersuchung zu vermeiden, denn sie führen zu Bildstörungen. Je nach zu untersuchendem Organ und Fragestellung ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich, die über eine dünne Kanüle in eine Vene oder auch direkt in ein Gelenk erfolgt.

Komplikationen

MRT ist ein sehr risikoarmes Untersuchungsverfahren, das auch bei Schwangeren und Kindern angewendet wird. Dennoch können in sehr seltenen Fällen Komplikationen auftreten. Zu nennen sind:

- Kurzzeitiger Schwindel, Übelkeit oder Kopfschmerzen
- Sehr selten Hautreizungen bis zu Verbrennungen, in erster Linie durch metallhaltige Farbstoffe z.B. in Tätowierungen und Permanent-Make-up
- Sehr selten Gefäß-, Nerven- oder Weichteilschäden bei der Venenpunktion
- Sehr selten eine Unverträglichkeitsreaktion oder allergische Reaktion auf das Kontrastmittel. Diese können extrem selten mit einer Störung von Atem-, Kreislauf- und Herzschlag einhergehen und eine weitere medizinische Behandlung erfordern.
- Extrem selten kann es bei Patienten mit gestörter Nierenfunktion durch das Kontrastmittel zu einer Folgeerkrankung des Bindegewebes kommen.

Bitte unbedingt beachten

- Metallteile wie Schmuck, Piercing, Zahnspangen, herausnehmbare Gebisssteile, Hörgeräte, Haarspangen, Uhren, Münzen, Kugelschreiber, Feuerzeug, Portemonnaie, Kreditkarten, elektronische Geräte und ähnliches müssen vor der Untersuchung abgelegt werden.
- Sie erhalten von uns Untersuchungs-Kleidung.
- Wenn für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel verabreicht werden muss, dürfen Sie für 24 Stunden keine Fahrzeuge steuern oder Maschinen bedienen.

Fragen zur MRT-Untersuchung

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Neurostimulator oder eine Medikamentenpumpe? Nein Ja
 - Wurden Sie am Herzen operiert (z. B. Herzklappenoperation)? Nein Ja
Wenn ja, wann?
 - Wurden Sie am Kopf operiert (z. B. Gefässoperation, Liquorshunt)? Nein Ja
 - Tragen Sie ein Hörgerät / Cochleaimplantat? Nein Ja
 - Tragen Sie eine Zahnprothese? Nein Ja
 - Tragen Sie einen Zahnersatz mit magnetischen Knöpfen? Nein Ja
 - Haben Sie Metall im Körper (Stent, Prothesen, Schrauben, OP-Clip)? Nein Ja
Wenn ja, wo und was?
 - Hatten Sie eine Metallsplittersverletzung (z. B. am Auge, Schussverletzung)? Nein Ja
Wenn ja, ist der Splitter ärztlich entfernt worden? Nein Ja
 - Tragen Sie zur Zeit ein Medikamentenpflaster (Hormonpflaster)? Nein Ja
 - Tragen Sie Permanent-Make-up, oder sind Sie tätowiert? Nein Ja
 - Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Nein Ja
 - Stillen Sie? Nein Ja
 - Haben Sie Platzangstgefühle? Nein Ja
 - Besteht bei Ihnen eine Allergie oder Überempfindlichkeit? Nein Ja
Wenn ja, welche Substanzen?
 - Besteht bei Ihnen eine Funktionsstörung der Nieren? Nein Ja
 - Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Nein Ja
 - Haben Sie einen erhöhten Augeninnendruck? Nein Ja
 - Wann ist Ihr nächster Arzttermin?
-

Anmerkungen der Fachperson (Risiken, Nebenwirkungen, Nachteile)

Einwilligungserklärung

Über die geplante Untersuchung hat mich Frau/Herr Dr. _____
in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtigen Fragen stellen.
Ich habe keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit in die geplante Untersuchung und Behandlung ein.

| | | |
|-----------------|---|----------------|
| Name: | Geburtsdatum: | |
| Vorname: | Gewicht: | Grösse: |
| Datum: | Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter: | |

| | |
|---------------|----------------------------------|
| Datum: | Unterschrift MTRA / Arzt: |
|---------------|----------------------------------|
