

# INFORMATIONEN ZUR MRT

## MRT–was ist das ?

Die MRT (Magnetresonanztomographie, auch Kernspintomographie genannt) verwendet Radiowellen und sehr starke Magnetfelder, um präzise Schichtaufnahmen des Körpers zu erzeugen. Schädliche Röntgenstrahlen kommen dabei nicht zur Anwendung.

## Was kommt auf mich zu ?

Der technische Teil der Untersuchung wird von einer speziell ausgebildeten medizinisch-technischen Röntgenassistentin mit Ihnen durchgeführt und vom Radiologen am Bildschirm überwacht.

Vor der Untersuchung sind Scheckkarten, Uhr, Handy, Portemonnaie, Brille, Hörgeräte, loser Zahnersatz, Schmuck usw. abzulegen, die durch das Magnetfeld beschädigt werden und Bildstörungen verursachen.

Sie müssen für ca. 15-30 Minuten ruhig und entspannt in einem Tunnel liegen. Das MRT-Gerät macht ein lautes, brummendes und klopfendes Geräusch. Sie erhalten deswegen einen Gehörschutz. Unser spezielles audiovisuelles System dient zu Ihrer Entspannung und Beruhigung. Außerdem erhalten Sie laufende Informationen über den Fortgang der Untersuchung. Wenn Sie–wie viele Menschen–unter

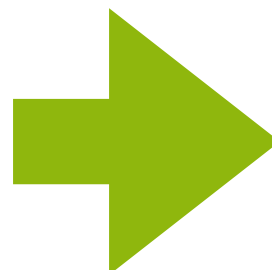
Platzangst leiden, teilen Sie uns dies bitte schon vor der Untersuchung mit. Wir verabreichen dann ein angstlösendes, sehr gut dagegen wirksames Medikament.

Abhängig von der Fragestellung kann es erforderlich sein, MR-Kontrastmittel in die Armvene zu spritzen. Dieses ist ein gut erprobtes und unbedenkliches Medikament. Von Röntgenkontrastmitteln bekannte allergische Unverträglichkeiten (vor allem Übelkeit, Hautausschlag, Atem- oder Kreislaufprobleme) treten sehr viel seltener auf. Während es die Nieren nicht beeinträchtigt, kann bei langjähriger schwerer Nierenschädigung bzw. Dialyse in Einzelfällen eine seltene, gefährliche Bindegewebserkrankung (Nephrogene systemische Fibrose) auftreten. Das Kontrastmittel enthält kein Jod und kann trotz Allergie gegen Röntgenkontrastmittel gegeben werden.

## Nach der Untersuchung

Die Bilddaten werden am Computer ausgewertet und eine Bilddaten-CD gebrannt. Unser Radiologe bespricht den Befund mit Ihnen und diktiert einen Bericht für Ihren Arzt. Die Daten werden in unserem Digitalarchiv abgelegt.

B I T T E   W E N D E N



# FRAGEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ+Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Versicherung: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_ Nachricht auch an: \_\_\_\_\_

Welches sind Ihre derzeitigen Beschwerden ?

\_\_\_\_\_

Wurden schon einmal eine MRT Untersuchung bei Ihnen durchgeführt ?

Ja, und zwar im Jahre \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  Nein

Tragen Sie ein Bioimplantat, wie z.B. **Herzschrittmacher**, Insulinpumpe, Cochleaimplantat, Hörgerät, Ventrikelshunt, Neurostimulator ?

Ja, und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie Metall im Körper ? (z.B. Hirngefäßclips, Granatsplitter, metallverarbeitende Tätigkeit)

Ja, und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt ?

Ja, und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie eine Nierenschädigung, müssen Sie zur Dialyse ?

Ja, und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie im Untersuchungsbereich tätowiert ?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Platzangst  Ja  Nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  Ja, Monat \_\_\_\_\_  Nein

**Hinweis: Bitte beachten Sie unbedingt die Anweisungen unseres Fachpersonals. Für Schäden, die durch Nichtbeachtung dieser Anweisungen entstehen, übernehmen wir keine Haftung.**