

## Kernspintomographie



### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

die Kernspintomographie, bei der anstelle von Röntgenstrahlen Radiowellen eingesetzt werden, liefert hochwertige Bilder einzelner Organe oder Körperregionen. Mit ihnen lassen sich in bestimmten Fällen Ort und Ausdehnung einer Erkrankung wesentlich eindeutiger erfassen als mit herkömmlichen Röntgenbildern.

### **Welche Nebenwirkungen können auftreten?**

Risiken oder Nebenwirkungen sind bei den derzeit zur Patientenuntersuchung eingesetzten Kernspintomographen nicht bekannt. Magnetfeld und Radiowellen belasten den Organismus nicht. Gelegentlich verursachen die hier verwendeten Kontrastmittel leichtere Reaktionen, wie z.B. Übelkeit oder kurzzeitige Geschmacksmissempfindungen.

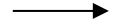
**Implantate** (z.B. Herzschrittmacher, automatische Insulinpumpen, Metallprothesen) können durch die Untersuchung beschädigt werden und Ihnen Schaden zufügen. **Es ist deshalb wichtig, diese anzugeben und vor der Untersuchung die Assistentin zu informieren!** Bei Patienten mit solchen Implantaten wird die Untersuchung nur durchgeführt, wenn diese nicht ferromagnetisch sind, d.h. weder Eisen, Kobalt noch Nickel enthalten.

Endoprothesen (z.B. Knie oder Hüfte) oder Osteosynthesematerial sind –sofern fest eingesetzt– unproblematisch.

### **Vor der Untersuchung**

Da Metallteile im Magnetfeld Unfälle herbeiführen können, legen Sie bitte vor dem Betreten des Untersuchungsraumes folgende Gegenstände ab:

- Uhr, Schmuck, Brille, Zahnspangen, Hörgerät, Metallteile an der Kleidung, (z.B. Gürtelschnallen).
- Karten mit Magnetstreifen (z.B. Scheck-, Telefon-, Versichertenkarte), da sie sonst gelöscht werden.
- Schlüssel, Münzen, Haarspangen oder andere Gegenstände die Metall enthalten



## Während der Untersuchung

besteht direkter Sichtkontakt. Bitte ganz ruhig und entspannt liegen. Lassen Sie sich von den Klopfgeräuschen, die bei den Messungen entstehen nicht beunruhigen.

### Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?  
**In diesem Fall melden Sie sich bitte direkt an der Anmeldung!**  ja  nein
2. Befinden sich in Ihrem Körper andere Teile aus Metall (z.B. Prothese, Granatsplitter, Gefäßclips, Metallstaub aus beruflicher Tätigkeit)?  ja  nein
3. Wurden Sie schon einmal an Kopf oder Herz operiert?  ja  nein
4. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?  ja  nein
5. Leiden Sie an Klaustrophobie (Angst in engen Räumen, z.B. im Fahrstuhl)?  ja  nein
6. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kernspintomographie durchgeführt?  ja  nein
7. Haben oder hatten Sie schon einmal eine Nierenerkrankung?  ja  nein
8. Körpergewicht:           kg                            Körpergröße:            cm
9. Name:    Geburtsdatum:

Den Informationsteil habe ich erhalten und gelesen. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten. Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Ich bin –falls nötig- mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden.

Datum:

Unterschrift