



Städtisches Klinikum Kemperhof Koblenz
Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Chefarzt: Prof. Dr. K. Schunk

PATIENTENFRAGEBOGEN ZUR MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine MRT (Magnetresonanztomographie) durchgeführt werden. Hierbei werden starke Magnet- sowie hochfrequente elektromagnetische Felder (ähnlich Radiowellen) benutzt, wobei laute, teilweise klopfende oder hämmernde Geräusche entstehen. Theoretische Risiken wie beispielsweise Veränderungen der Körpertemperatur oder der Nervenleitgeschwindigkeit sind unter klinischen Bedingungen nach heutigem Kenntnisstand nahezu vollständig ausgeschlossen. Ein wesentlicher Vorteil der Methode ist die fehlende Belastung mit Röntgenstrahlung. Allerdings ist erforderlich, dass Sie für ca. 15 – 45 Minuten ruhig liegen bleiben, damit die entstehenden Bilder nicht verwackelt sind.

Wir dürfen Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten, um Probleme für oder durch die Untersuchung zu vermeiden:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm Gewicht _____ kg

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|------|--------|
| 1. Sind Sie schon einmal an Kopf, Herz oder Blutgefäßen operiert worden? | Ja 0 | Nein 0 |
| 2. Sind in Ihrem Körper evtl. Metallteile (z. B. Granatsplitter, Gelenkprothesen, Clips bzw. Klammern nach früheren Operationen)? | Ja 0 | Nein 0 |
| 3. Hatten Sie schon einmal eine Metallsplitterverletzung, z. B. am Auge? | Ja 0 | Nein 0 |
| 4. Sind Sie oder waren Sie in der metallverarbeitenden Branche tätig? | Ja 0 | Nein 0 |
| 5. Haben Sie eine Tätowierung oder ein Piercing (ggf. bitte entfernen!)? | Ja 0 | Nein 0 |

6. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Wenn ja, kann die Untersuchung u. U. nicht durchgeführt werden! **Ja 0 Nein 0**

- | | | |
|---|------|--------|
| 7. Tragen Sie einen Neurostimulator oder eine Insulin- oder Morphinpumpe? | Ja 0 | Nein 0 |
| 8. Tragen Sie ein Innenohrimplantat oder Hörgerät? (ggf. bitte herausnehmen!) | Ja 0 | Nein 0 |
| 9. Tragen Sie eine Zahnprothese oder –spange? (ggf. bitte herausnehmen!) | Ja 0 | Nein 0 |
| 10. Leiden Sie unter „Platzangst“ (z.B. beim Aufzugfahren)? | Ja 0 | Nein 0 |
| 11. Besteht eine Schwangerschaft? | Ja 0 | Nein 0 |

12. Bei einigen Untersuchungen ist eine intravenöse, orale und/oder rektale Kontrastmittelgabe erforderlich. Die Kontrastmittel sind im Allgemeinen sehr gut verträglich und behandlungsbedürftige Überempfindlichkeitsreaktionen (wie bei jodhaltigen Röntgen-Kontrastmitteln) treten nur extrem selten auf.

Spricht in Ihrem Falle etwas gegen eine Kontrastmittelgabe? Ja 0 Nein 0

13. Haben Sie noch weitere Fragen? Ja 0 Nein 0

bitte wenden!

BITTE BEACHTEN SIE BEIM BETRETEN DES UNTERSUCHUNGSBEREICHES:

- Alle **Metallgegenstände** (wie z. B. **Taschenmesser, Feuerzeuge, Kleingeld, Schlüssel, Haarnadeln** usw.) sollten Sie abgelegt haben. Diese könnten in den Magneten hineingezogen werden und zu Verletzungen führen bzw. eine Beeinträchtigung der entstehenden Bilder verursachen.
- **Schmuck** und **Uhren** sollten abgelegt werden. Uhren können im Magnetfeld stehenbleiben und kaputt gehen.
- **Scheckkarten** und **Magnetstreifen** bzw. **–bänder** sollen auf jeden Fall außerhalb des Untersuchungsbereiches bleiben (die auf ihnen befindlichen Informationen werden durch das Magnetfeld gelöscht).
- Für Ihre **Wertsachen** stehen spezielle Schließfächer zu Ihrer Verfügung. Der Schlüssel ist *nicht* ferromagnetisch und darf daher mit in den Untersuchungsraum genommen werden.
- Jegliches **Make-Up** (z.B. **Lidschatten, Lippenstift** etc.), das Metallpartikel enthält, sollte vor der Untersuchung entfernt werden.

Ich bestätige hiermit, dass ich die obigen Fragen gewissenhaft beantwortet und die Patienteninformationen zur Kenntnis genommen habe.

Mit einer oralen, rektalen bzw. intravenösen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden, wenn es die Aussagekraft der Untersuchung verbessert.

(Datum)

(Arzt/MTRA)

(Zeuge)

(Patient)