

## Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie wurden uns von Ihrem behandelnden Arzt zur Kernspintomographie (auch Magnetresonanztomographie, MRT) überwiesen. Lassen Sie sich kurz über das Prinzip dieser Methode informieren.

## Prinzip – Methode der MRT

Bei der Kernspintomographie kommen keine radioaktiven Strahlen zum Einsatz. Für die Bildentstehung werden die natürlichen magnetischen Eigenschaften des menschlichen Körpers (Atomkerne) genutzt. Zur Registrierung der Signale für die Bilder sind ein äußeres Magnetfeld und Radiowellen erforderlich. Die an unserem Gerät verwendete Feldstärke des äußeren Magneten (1,0 Tesla) hat keinerlei schädigende Wirkung auf den Organismus. Auch die eingesetzten Radiofrequenzen sind für den Menschen unschädlich.

### Untersuchungsablauf

Für die Untersuchung werden Sie auf einer Liege in die Öffnung des Gerätes hinein gefahren. Die Untersuchung dauert – in Abhängigkeit von der jeweiligen Fragestellung – für eine Körperregion ca. 10 Minuten. Sie werden laute Klopfgeräusche hören, die auf Schaltmechanismen beruhen.

Als Gehörschutz haben sich Kopfhörer bewährt, über welche wahlweise angenehme Musik eingespielt wird (Kinder können ihre Lieblings-CD mitbringen). Der Untersuchungsbereich ist gut klimatisiert. Sie haben Sichtkontakt zur Röntgenassistentin. Sollten Sie dennoch Platzangst verspüren, können wir Ihnen ein schnell wirksames Beruhigungsmittel verabreichen (sofern Sie nicht Kraftfahrer sind).

Bei bestimmten diagnostischen Fragen ist die Anwendung eines speziellen **Kontrastmittels** erforderlich, welches über eine Armvene in das Blutgefäßsystem gespritzt wird. Dieses Kontrastmittel ist nicht jodhaltig und gut verträglich. Nur in Ausnahmefällen wurde über geringfügige Nebenwirkungen berichtet (Übelkeit, Erbrechen). Sie haben selbstverständlich das Recht, die Kontrastmittelgabe abzulehnen.

## Achtung: Metallgegenstände!

Zu schweren Schädigungen am Gerätesystem und zu Störungen der Bildqualität können Metallgegenstände führen, die in den Untersuchungsraum mitgenommen werden. Deshalb sind unbedingt folgende Gegenstände in der Patientenkabine abzulegen:

Kugelschreiber	Uhren	Schlüssel	Geldmünzen
Ohringe	Hörgeräte	Haarspangen	Taschenmesser
Gürtel o. ä. mit Metallteilen			

Bitte auch – sofern möglich – metallhaltige Zahnprothesen herausnehmen.

**Liebe Patientinnen:** Bitte bei Untersuchungen der Wirbelsäule, des Halses oder des Brustkorbes den BH ablegen. Bei Kopfuntersuchungen keine Wimperntusche oder Lidschatten auftragen (eisenhaltig!).

**Scheckkarten und andere elektronische Datenträger keinesfalls in den Untersuchungsraum mitnehmen. Sie werden durch den Magneten gelöscht.**



**Facharzt – Diagnostik – Therapiezentrum im Gesundheitszentrum Springpfuhl**  
Allee der Kosmonauten 47 | 12681 Berlin  
fon 030. 54 29 111 | Anmeldung  
fon 030. 54 55 572 | Sekretariat  
fax 030. 54 58 947  
info@ct-mrt-neuroradiologie.de  
www.ct-mrt-neuroradiologie.de

**Prof. Dr. sc. med. Jörg Planitzer**  
**Dr. med. Maria Planitzer**  
ÄRZTE FÜR RADIOLOGISCHE DIAGNOSTIK  
(NEURORADIOLOGIE)  
ÄRZTE FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

**Dr. med. Konstanze Schütze**  
ÄRZTIN FÜR DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE

- MRT (Kernspintomographie)
- CT (Computertomographie)
- CT-gestützte Schmerztherapie an der Wirbelsäule

... Bitte wenden ...

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
BITTE IN DRUCKSCHRIFT

## Achtung: Risiken!

Patienten mit **Herzschrittmacher dürfen nicht** mit diesem Verfahren (MRT) untersucht werden (**Lebensgefahr!**). Bestimmte Metallimplantate im Körper verbieten die MRT-Untersuchung. Im oder am Körper getragene elektronische Geräte können durch das Magnetfeld in ihrer Funktion beeinträchtigt oder gelöscht werden.

**Bitte** beantworten Sie **deshalb** zur Überprüfung möglicher Risiken folgende Fragen:

- Tragen Sie einen Herz- oder andere Schrittmacher?  nein  ja
- Tragen Sie elektronische Geräte am oder im Körper?  nein  ja
- Gibt es Metallteile in Ihrem Körper? (Metallprothesen, Clips, Ohrimplantate, Stents, Herzklappenersatz usw.)  nein  wenn ja, welche

\_\_\_\_\_ Sind Sie beruflich kleinen Metallsplintern ausgesetzt gewesen?  nein  ja

\_\_\_\_\_ Sind bei Ihnen Operationen am Kopf (Nase, Augen, Ohr, Gehirn, Zähne) durchgeführt worden?  nein  wenn ja, wann/welche

\_\_\_\_\_ Sind bei Ihnen Operationen an den Blutgefäßen erfolgt?  nein  wenn ja, wann/welche

\_\_\_\_\_ Hatten Sie Operationen im Bereich der Wirbelsäule? (z. B. wegen Bandscheibenvorfall, Bandscheibenersatz, Wirbelversteifung)  nein  wenn ja, wann/welche

\_\_\_\_\_ Hatten Sie andere Operationen am Körper?  nein  wenn ja, wann/welche

\_\_\_\_\_ Haben Sie eine Allergie?  nein  wenn ja, welche

### **Einverständniserklärung**

Ich bin über die zu erfolgende Untersuchung und deren mögliche Gefahren unterrichtet worden und mit ihrer Durchführung einverstanden.  nein  ja

Wenn erforderlich willige ich auch in eine intravenöse Kontrastmittel-Injektion ein.  nein  ja

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bzw. der Sorgerecht tragenden Person)

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass sich die geplanten Untersuchungszeiten nicht immer einhalten lassen.