



Radiologie & Nuklearmedizin am Dreifaltigkeits – Hospital

Klosterstraße 31, 59555 Lippstadt

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Manfred **Haesner**
Katharina **Sukau**
Fachärzte für Nuklearmedizin
Anmeldung 02941 - 66 9 66 - 10 Fax - 11
SPECT 02941 - 66 9 66 - 60

Dietrich **Wagner**
Andreas **Mertens**
Fachärzte für Diagnostische Radiologie
CT 02941 - 66 9 66 - 20 Fax - 22
MRT 02941 - 66 9 66 - 30 Fax - 33
Röntgen 02941 - 66 9 66 - 40 Fax - 44
DSA 02941 - 66 9 66 - 40

Kernspintomographie (MRT – Magnet Resonanz Tomographie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Kernspintomographie gehört zu den modernsten und aufwendigsten bildgebenden Untersuchungsverfahren der modernen Medizin. Statt der bis jetzt am häufigsten verwendeten Röntgenstrahlung werden hier zur Untersuchung ein Magnetfeld und Radiowellen genutzt. Die entstehenden Signale werden von einem leistungsfähigen Computer zu Schichtaufnahmen Ihres Körpers verarbeitet.

Während der einzelnen Messungen hören Sie unterschiedlich laute Klopfgeräusche aus den Sende- bzw. Empfangseinheiten. Bitte bleiben Sie dabei möglichst bewegungslos liegen. Während der gesamten Messzeit sind Sie unter ständiger Beobachtung und haben auch die Möglichkeit, sich zu melden. Die Untersuchungszeit beträgt etwa 20 - 30 Minuten.

Abhängig von der Fragestellung ist eventuell eine Injektion geringer Mengen eines speziellen Kontrastmittels in eine oberflächliche Vene erforderlich, die in der Regel kaum wahrnehmbar ist. Nur in seltenen Ausnahmefällen wurde dabei über eine meist geringgradige Übelkeit berichtet.

Da sich Ihr gesamter Körper während der Messzeit in einem sehr starken Magnetfeld befindet, können Metallteile im oder am Körper die Bildqualität beeinflussen und sogar **Ihre Sicherheit gefährden**.

Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers**, einer implantierten **Pumpe**, eines Hörgerätes oder **einer Liquordrainage**?

ja	nein
----	------

Befinden sich andere Metallteile in Ihrem Körper ?
(z. B. Granatsplitter, Gelenkprothese, Intrauterinpeessar (Spirale), künstliche Herzklappe)

ja	nein
----	------

Gefäßclips nach Operationen, Stents?

ja	nein
----	------

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

ja	nein
----	------

Vor dem Betreten des Untersuchungsraums müssen Sie zudem alle metallischen Gegenstände wie z. B. Uhr, Brille, Ohringe, Zahnprothesen, Münzen, Schlüssel, Kugelschreiber/Füller, Haarspangen und Metallteile an der Kleidung ablegen.

Scheckkarten mit Magnetstreifen und ähnliche Datenträger werden durch das Magnetfeld gelöscht!!

Für eventuell bestehende weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Erklärung des Patienten:

Ich wurde ausreichend über diese Untersuchung informiert und willige dazu ein.

ja	nein
----	------

Mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

ja	nein
----	------

.....
Unterschrift des Patienten bzw. des Sorgeberechtigten