

---

# RADIOLOGIE - SPANDAU

---

Dr. Alexa Kirch    Dipl.-Med. Andreas Brandt    Dr. Sissel Hartlieb-Mund  
Magnetresonanztomographie · Computertomographie · Röntgen · Ultraschall · Osteodensitometrie  
Klosterstraße 34/35, 13581 Berlin

---

## KERNSPINTOMOGRAPHIE (MRT) PATIENTENINFORMATION

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sollen mittels Kernspintomographie untersucht werden. Hierbei werden von einzelnen Körperregionen in einem starken Magnetfeld unter Einstrahlung von Radiowellen Aufnahmen erstellt. Die MRT ist ein risikoarmes Untersuchungsverfahren, es werden keine Röntgenstrahlen (ionisierende Strahlen) angewandt. Schädigende Wirkungen sind bei dieser Methode nicht bekannt.

Während der Untersuchung entstehen laute Klopfergeräusche, daher erhalten Sie vorher einen geeigneten Gehörschutz. Auch kann es bei einigen Messungen zu einer leichten Körpererwärmung kommen. Seien Sie bitte nicht beunruhigt, solche Veränderungen sind für Sie vollkommen unschädlich. Die Untersuchung dauert ca. 20 Minuten.

Zur besseren Diagnosestellung kann eine intravenöse Kontrastmittelgabe notwendig sein. Es handelt sich um ein speziell für die MRT-Untersuchung entwickeltes Mittel, welches sehr gut vertragen wird. Leichte Nebenwirkungen wie Wärmegefühl oder Geschmacksirritationen können auftreten, bilden sich aber wieder zurück. Bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag und ähnlichen leichten Reaktionen kommen, die von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen im Bereich von Kreislauf, Leber, Nieren und/oder Nerven, die eine stationäre Behandlung erfordern oder zu einem Herz-Kreislauf-Versagen führen, sind extrem selten.

Legen Sie bitte vor Betreten des Untersuchungsraumes folgende Gegenstände wie Uhren oder Schmuck (auch Haarschmuck und Piercings), Schlüssel, Wertsachen, Schreibgeräte (Kugelschreiber), Scheckkarten, sowie sämtliche Gegenstände, die Metall enthalten, unbedingt ab. Bitte vor der Untersuchung **Hörgeräte herausnehmen**.

**Bitte beantworten Sie sorgfältig folgende Fragen:**

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Haben Sie:**

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ohrimplantate	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Medikamentenpumpe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Prothesen, Gefäßclips, Implantate	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Metall-, Granatsplitter, Tätowierungen, Permanent –Make -Up	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind sie am Kopf/ Ohr operiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind sie schon am zu untersuchenden Organ operiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

**Bitte Rückseite beachten**

Sind Sie Krebspatient?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist eine chronische Infektion (Hepatitis B oder C; HIV) bekannt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bestehen Allergie/ Asthma/ Überempfindlichkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist eine Allergie gegen MRT-Kontrastmittel bekannt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nieren- oder Lebererkrankungen ( Z.n. Transplantation)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Aktueller Kreatininwert( Nierenfunktionswert) .....		
Sind sie schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

**Welche Beschwerden haben Sie in der zu untersuchenden Region?**

---



---

**Erklärung des Patienten:**

Ich fühle mich ausreichend über diese Untersuchung informiert und willige ein.  ja  nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Kontrastmittelgabe nach ärztlicher Indikation erfolgt.

Ich stimme der Kontrastmittelgabe zu.  ja  nein

Datum

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

---

Unterschrift aufklärende Person bei Kontrastmittelgabe

**Notizen ( werden vom Personal ausgefüllt)**

---



---



---

Trauma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja wann
OP	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja wann
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tumor	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja wann