



# Radiologie Herford Wiesestraße

## Kernspintomographie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Sie zu einer Kernspinuntersuchung überwiesen. Das Untersuchungsgerät arbeitet mit einem Magnetfeld und mit Radiowellen. Auf diese Weise kann man Strukturen im Körper erkennen, die mit keiner anderen Untersuchungsmethode zu sehen sind.

Das Gerät ist technisch aufwändig. Damit man aussagekräftige Aufnahmen aus dem Inneren des Körpers erhält, ist es im Gerät relativ eng. Während die Bilder aufgenommen werden, hören Sie Klopfgeräusche. In dieser Zeit dürfen Sie sich nicht bewegen, damit die Aufnahmen nicht verwackeln.

Der Aufenthalt im Gerät ist nicht gefährlich. Wenn Sie es wünschen, kann Ihre Begleitperson während der Untersuchung gern in Ihrer Nähe bleiben.

Künstliche Hüften oder Metallplatten nach Knochenbrüchen beeinträchtigen die Untersuchung nicht und werden durch das Magnetfeld nicht gefährdet. Dies gilt auch für die meisten Herzklappen und für Metallclips.

Die Sicherheit der Spirale zur Empfängnisverhütung wird durch die Untersuchung nach allen Erfahrungen nicht beeinträchtigt. Dennoch sollten Patientinnen mit Spirale nach der Untersuchung den korrekten Sitz durch den Gynäkologen überprüfen lassen.

In manchen Fällen müssen wir ein Kontrastmittel in die Adern spritzen. Dieses ist im Allgemeinen gut verträglich und enthält kein Jod. Der Zugang für die Kontrastmittelinjektion erfolgt in der Regel durch eine fachlich ausgebildete Mitarbeiterin. In sehr seltenen Fällen kann es einmal zu einer Entzündung an der Einstichstelle kommen.

Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie an einer Funktionsstörung der Nieren leiden. Dann verzichten wir auf die Gabe von Kontrastmittel.

Folgende Dinge dürfen Sie **nicht** mit in den Untersuchungsraum nehmen:

Hörgeräte, Portemonnaie, Scheck- oder Magnetkarten, Uhren, Schlüssel, Modeschmuck, loses Kleingeld, Kugelschreiber, Haarspangen.

**Das gilt auch für Ihre Begleitperson.** In Ihrer Umkleidekabine befindet sich ein abschließbares Fach für diese Dinge.

Die Untersuchung dauert zwischen 10 und 20 Minuten. Sie kann jederzeit unterbrochen werden. Sie können sich über eine Schelle mit unseren Assistentinnen in Verbindung setzen.

Wenn Sie einen **Herzschrittmacher** oder eine **Schmerzpumpe** tragen, wenn Sie **magnetisch befestigten Zahnersatz** besitzen, **dürfen Sie nicht mittels Kernspintomographie untersucht werden und den Untersuchungsraum nicht betreten.**

## Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator / Eventrekorder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie am Herz operiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Herz-OP wurde durchgeführt? _____		
Wann wurde die Operation durchgeführt? _____		
Wurden Sie am Kopf / Gehirn operiert? Z.B. Cochleaimplantat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Nieren bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an erhöhtem Augeninnendruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
bzw. leiden Sie an Prostatavergrößerung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie an der Wirbelsäule operiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, <input type="checkbox"/> HWS / wann? Jahr _____ <input type="checkbox"/> LWS / wann? Jahr _____		
Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper z.B. Metallsplitter, Zahnersatz, künstliches Gelenk, Insulin- oder Schmerzpumpe, Gefäßclip?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann haben Sie diese Metallteile? Jahr: _____		
Sind Sie Träger von Hörgeräten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind bei Ihnen Allergien gegen Kontrastmittel bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie ein Beruhigungsmittel für die Untersuchung? (Zum Beispiel bei Platzangst)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Körpergewicht:** \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Untersuchung und einer **eventuellen** Kontrastmittelgabe einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

### Für Patientinnen:

Obwohl bei der Kernspintomographie keine Röntgenstrahlen verwendet werden, kann man nicht mit letzter Sicherheit ausschließen, dass diese Untersuchungen das ungeborene Leben schädigen und eine Schwangerschaft negativ beeinflussen können. Sie sollen daher bei Schwangeren in den ersten drei Monaten nicht durchgeführt werden.

### Erklärung:

In Kenntnis dieser Umstände erkläre ich mich mit der geplanten Untersuchung einverstanden, **da ich bei mir eine Schwangerschaft ausschließe.**

Hiermit werde ich über die Möglichkeit eines vorherigen Schwangerschaftstestes informiert, halte diesen jedoch nicht für erforderlich.

Für **Trägerinnen von Kupferspiralen** zur Empfängnisverhütung: Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, den Sitz der Spirale sicherheitshalber vom Gynäkologen überprüfen zu lassen.

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

Patientenaufkleber

Unterschrift Arzt:

Gemäß §§630d, 630e BGB händigen wir Ihnen den unterschriebenen Aufklärungsbogen im Original im Anschluss der Untersuchung aus.