



Magnetresonanztomografie (MRT / MRI)

INSTITUT DIAGNOSTISCHE UND
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient

Dr. med. J. Fischer, *Chefarzt*
Dr. med. C. Siewert, *Stv. Chefarzt*
Dr. med. T. Merl, *Leitender Arzt*
Dr. med. St. Müller, *Leitender Arzt*

In der Folge finden Sie ein paar wichtige Informationen zu der bevorstehenden Untersuchung.

Was ist ein MRT?

Die Magnetresonanztomografie ist eine Untersuchungsmethode, welche Schnittbilder Ihres Körpers in beliebigen Ebenen anfertigt. Dank dem hohen Weichteilkontrast eignet sich die Untersuchung besonders für die Darstellung von weichen Strukturen wie Organen, Sehnen, Bänder und Knorpel. Ein grosser Vorteil vom MRT ist, dass es ohne Röntgenstrahlen funktioniert. Stattdessen besteht das Gerät aus einem grossen und starken Magneten (1.5 Tesla). Durch das Magnetfeld und Radiofrequenzwellen können Schnittbilder von der zu untersuchenden Region erstellt werden.

Ablauf der Untersuchung

Während der Untersuchung befinden Sie sich in einem starken Magnetfeld. Aus diesem Grund werden Sie gebeten, alle metallischen Gegenstände abzulegen. Sie bekommen spezielle Kleider für die Untersuchung.

Sie werden von der Radiologiefachperson auf der Untersuchungsliège gelagert. Es ist wichtig, dass Sie eine möglichst bequeme Position einnehmen können, sodass Sie für die Untersuchung ruhig und entspannt liegen.

Die zu untersuchende Körperregion wird in der Mitte des Gerätes platziert. Die Radiologiefachperson steuert die Untersuchung vom Schaltraum aus. Eine grosse Glasscheibe, eine Kamera sowie eine Gegensprechanlage gewährleistet jederzeit den Kontakt zu Ihnen.

Das normale Betriebsgeräusch vom MRT ist ein lautes, rhythmisches Klopfen, weshalb Sie einen Gehörschutz erhalten. Auch geben wir Ihnen einen Alarmknopf in die Hand. Wenn nötig können Sie die Untersuchung mit diesem Alarmknopf unterbrechen und die Radiologiefachperson nimmt Kontakt mit Ihnen auf.

Die Untersuchung dauert zwischen 20 und 60 Minuten. Es empfiehlt sich, vor Untersuchungsbeginn die Toilette aufzusuchen.

Kontrastmittel

Für manche Untersuchungen wird Ihnen ein Kontrastmittel in eine Armvene gespritzt. Dieses Kontrastmittel enthält Gadolinium und ist in der Regel sehr gut verträglich. Wie bei fast allen Medikamenten und Substanzen kann in sehr seltenen Fällen eine allergische Reaktion auftreten.

Das Kontrastmittel wird über die Nieren ausgeschieden. Um diesen Vorgang zu unterstützen, empfehlen wir Ihnen in den nächsten 24 Stunden ausreichend Flüssigkeit zu trinken.

Autofahren

Bei starker Platzangst sowie bei Untersuchungen in der Bauchregion können Medikamente zum Einsatz kommen (Dormicum® oder Buscopan®), durch welche das Autofahren für 4 Stunden untersagt ist.

Bei Fragen oder Unklarheiten steht Ihnen unser Personal gerne zur Verfügung.

Magnetresonanztomografie (MRT / MRI)

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient

Dürfen wir Sie bitten, den Fragebogen gewissenhaft zu beantworten. Als Beilage erhalten Sie Informationen zur bevorstehenden Untersuchung. Bitte lesen Sie diese durch. Bei Fragen oder Unklarheiten steht Ihnen unser Personal gerne zur Verfügung.

Tragen Sie...	
... einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... einen Neurostimulator?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... eine Insulinpumpe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... Tatoos?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... Metall an Ihrem Körper? (Piercing etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... Metall in Ihrem Körper? (künstliche Gelenke, Nägel, Herzklappen, Clips, Stent etc.) Welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie operiert...	
... am Herz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... am Kopf? (Gehirn, Ohr, Auge)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Könnten Sie Metallsplitter im Körper haben? (z.B. im Auge)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie...	
... an Asthma oder Allergien? Welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... an Platzangst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
... an einer Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Frauen in gebärfähigen Alter:	
Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie eine Spirale?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ihre Grösse: <input type="text"/> cm	Ihr Gewicht: <input type="text"/> kg

Ich bestätige hiermit, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen und die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe. Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Untersuchung.

Datum: Unterschrift des Patienten:
(oder der verantw. Person)

Krea/GFR und Entnahmedatum:

Visum Radiologiefachperson: