

RÖNTGENPRAXIS TRÄNSBERG

A. ALTORJAY, Facharzt für Diagnostische Radiologie



Tränsberg

Altorjay, Tränsberg 21-23, 39104 Magdeburg, Fon 0391-5430578

Fax 0391-5632878

Computertomographie

Kernspintomographie

Digitale Radiographie

Sonographie

MagnetResonanzTomographie (MR)

Die Magnetresonanztomographie (auch **Kernspintomographie** genannt) ist ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung der inneren Organe, Gewebe und Gelenke mit Hilfe starker Magnetfelder, folglich werden hier keine Röntgenstrahlen eingesetzt. Über hochsensible Messfelder entstehen computererrechnete Schnittbilder, da gleiche Gewebsstrukturen (Atomkerne) durch die Magnetfelder eine bestimmte Richtung ausgerichtet (wie eine Kompassnadel) und sichtbar gemacht werden können. Dies ist für die Planung der Behandlungsmaßnahmen oft von entscheidender Bedeutung.

Bei dieser Untersuchung werden hochspezifische Gewebsunterscheidungen vor allem nicht-knöcherner Strukturen wie Weichteile (Muskeln, Haut, etc.), Organe, Gelenkknorpel/Bandscheibe und Gehirn möglich. Auch kleine Entzündungsherde sind auf diese Weise sichtbar zu machen. Gewebsstrukturen, die luftreich sind (Lunge, Darm), oder einen geringen Wassergehalt aufweisen (Knochen), sind allerdings nur eingeschränkt beurteilbar.

Alternativ ist die Computertomographie/Röntgendiagnostik anzusehen, allerdings verbunden mit einer Strahlenbelastung. Einige Fragestellungen können auch mit einer Ultraschalluntersuchung abgeklärt werden, andere mittels Endoskopie oder auch Szintigraphie (nuklearmedizinische Untersuchung).

Wenn Sie/Ihr Kind zu **Platzangst** neigen, kann vorweg ein Beruhigungsmittel gegeben werden, setzt aber eine Begleitung für den Nachhauseweg voraus (Partner, Eltern).

In vielen Fällen ist es notwendig paramagnetische Kontrastmittel über eine Vene in das Blutgefäß einzuspritzen, um z.B. Entzündungen oder Tumoren nachweisen oder ausschließen zu können. Diese sind *nicht jodhaltig*! Während der Kontrastmitteleinspritzung kann es im Körper zu einem geringgradigen Wärmegefühl oder einer Geschmacksirritation kommen. Dies ist harmlos und nach wenigen Minuten wieder verschwunden.

Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei und dauert je nach Organ und Region zwischen 25-45 min (je nach Aufwand, Fragestellung, Kontrastmittelgabe und Technik), manchmal länger.

Für die Untersuchung erhalten Sie/Ihr Kind einen *Klingelknopf*, mit dem es möglich ist, sich jederzeit bemerkbar zu machen. Außerdem stehen wir mittels Lautsprechern mit Ihnen/Ihrem Kind in direktem Kontakt.

Die Untersuchung wird durch relativ laute *Klopfgeräusche* (Ohrstöpsel werden verabreicht) hörbar. Hierdurch bitte nicht erschrecken lassen.

Verhalten vor der Untersuchung:

Aufgrund des Magnetismus müssen alle *Metallteile* abgelegt werden (Schmuck, Piercings, Gürtelschnallen, etc.). Hierdurch sind auch Verletzungen möglich! Elektronische Gegenstände (Uhren, Scheckkarten) können durch die Untersuchung unbrauchbar werden! Patienten mit **Herzschrittmacher oder Herzklappen aus Metall** dürfen leider nicht untersucht werden! Bitte auch mitteilen, ob Metall-Prothesen getragen werden, oder eine Intrauterin-Spirale (anschließende gynäkologische Kontrolle notwendig) getragen wird.

Risiken einer MRT

- Die Kontrastmittelgaben werden im allgemeinen sehr gut vertragen. Missempfindungen an Einstichstellen kommen durch ungewollte Verletzungen von Hautnerven zustande. Allergische Reaktionen sind sehr selten.

- Tätowierungen können Hautreizungen verursachen, da metallhaltige Farbstoffe auf die Magnetfelder reagieren können.

- extrem selten sind schwerwiegende Nebenreaktionen, z.B. im Rahmen allergischer Reaktionen. Ein Schock erfordert eine stationäre Behandlung; es kann dann auch einmal zu bleibenden Schäden (Nervenlähmung, Nierenversagen) kommen.

- Extrem selten sind Ohrgeräusche (Tinnitus), die normalerweise bald wieder abklingen.

Bitte melden Sie dem Assistenzpersonal, wenn Sie während der Untersuchung etwas Außergewöhnliches an sich bemerken (z.B. Niesreiz, Schwindel, Übelkeit).

MRT

Name..... Vorname..... Geb.-Datum..... **Gewicht.....kg** Datum.....

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und Risiken besser einschätzen zu können, benötigen wir folgende Angaben.

1. Sind Sie am **Herzen** operiert worden oder tragen Sie einen Herz**schrittmacher**? ja nein

2. Wurde innerhalb der **letzten 6 Monate eine Operation** mit Metallclipsen durchgeführt oder haben Sie **Gelenkersatz aus Metall**? ja nein

3. Andere **Metallteile** im Körper (auch Piercings!, Zahnspange,-ersatz, Granatsplitter, Hörgerät)? ja nein

4. Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. **Zucker**krankheit) bekannt und **welche Medikamente** nehmen Sie hierfür ein? ja nein

5. Besteht bei Ihnen eine **Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion**, (z.B. Pflaster, Nahrungsmittel, Medikamente)? ja nein

6. Besteht bei Ihnen **Platzangst**? ja nein

7. Wurde bei Ihnen schon **früher** einmal eine **Kernspintomographie** durchgeführt, wo, wann und welches Organ? ja nein
.....
.....

8. Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein? ja nein

9. Tragen Sie eine Intrauterin-**Spirale**? Dann wäre eine anschließende Gynäkologische Lagekontrolle notwendig! ja nein

10. Leiden Sie unter einer **Immunschwächeerkrankung** (z.B. HIV) oder einer **Leberentzündung** (Hepatitis)? ja nein

8. Wo haben Sie **Schmerzen** bzw. Beschwerden ?

.....
.....
.....

9. **Wie lange** bestehen diese Beschwerden schon? Hatten Sie diese schon früher ?

.....
.....

10. Hatten Sie ein **Trauma/ einen Unfall**(z.B. Sturz o.ä.)? Was ist genau passiert, wann und wo?

.....
.....
.....

11. Hatten Sie eine **Krebs**-Vorerkrankung ? Wurden Sie mit Chemotherapie oder Strahlentherapie behandelt? Welche Form und wann ?

.....
.....
.....

12. Wurden **im zu untersuchenden Körperbereich** bereits **Operationen** durchgeführt, **wo und wann**?

.....
.....
.....

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich ausreichend aufgeklärt, nachdem ich alles gelesen und verstanden habe, und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Bei Gabe eines **Beruhigungsmittels** werden ich von.....nachhause begleitet.

Laut § 73 ABS. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Radiologische Praxis Befunde/Bilder bei weiteren Ärzten einholt und bei mir erhobene Befunde/Bilder anderen Ärzten übermittelt ja nein

Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten/ der Eltern der Begleitperson