

## Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie / MRT

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll eine Kernspintomographie durchgeführt werden. Hierzu möchten wir Ihnen einige Informationen geben und Sie bitten, einige wichtige Fragen zu beantworten.

1. Die Kernspintomographie erzeugt Schnittbilder des Körpers innerhalb eines Magnetfeldes ohne Strahlenbelastung. Die Untersuchung wird in der Regel in mehrere Untersuchungssequenzen, die bis zu 15 Min. dauern können, aufgeteilt. Die Gesamtuntersuchungsdauer beträgt in der Regel ca. 20 – 30 min. Bei besonderen Fragestellungen oder schwierigen Untersuchungsverhältnissen sind Untersuchungszeiten bis zu 1 Stunde möglich. Während der Untersuchung hören Sie ein zeitweise lautes klopfendes Geräusch, das je nach Untersuchungssequenz eine unterschiedliche Lärmbelastung hervorrufen kann.
2. Wegen des starken Magnetfeldes gibt es einige wichtige Gegenanzeigen, die vor Betreten des Untersuchungsraumes unbedingt beachtet werden müssen.  
Wir bitten Sie deshalb folgende Fragen genauestens zu beantworten (zutreffendes bitte ankreuzen):
  - Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, einer Insulinpumpe oder eines sonstigen elektromagnetischen Überträgers?  
ja ☐ nein ☐
  - Befinden sich in Ihrem Körper metallische Teile (z.B. Granatsplitter, Operationsclips)?  
ja ☐ nein ☐
  - Tragen Sie Metallprothesen (z.B. Gelenksendoprothesen, Implantate im Bereich der Ohren, Gefäßstents)?  
ja ☐ nein ☐
  - Wurde bei Ihnen eine Gefäßoperation (z.B. Gehirn, große Bauch- oder Beingefäße) oder Herzoperation (z.B. Bypass, Herzklappe) durchgeführt?  
ja ☐ nein ☐
  - Tragen Sie ein cgm (continuous glucose monitoring, kontinuierlich messende Glukosesensoren)  
ja ☐ nein ☐

Tragen Sie bitte Ihr Körpergewicht ein: \_\_\_\_\_ kg

**BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!**



## Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie / MRT

Sollten Unklarheiten oder Fragen von Ihrer Seite bestehen, sprechen Sie unser Personal bitte **vor** Betreten des Untersuchungsraumes an. Wir bitten Sie, mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie die o.g. Fragen und Informationen vollständig gelesen, verstanden und korrekt beantwortet haben und Sie mit der Untersuchung und einer evtl. Kontrastmittelgabe einverstanden sind.

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

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

### ZRN - ZENTRUM FÜR RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN - an den Standorten:

#### NEUSS

Preußenstraße 84  
41464 Neuss  
(am Lukaskrankenhaus)

Telefon 0800 - 97 64 636  
(0800-ZRNINFO)  
Telefax 0 21 81 - 21 40 - 29  
E-Mail anmeldung@zrn-info.de

#### DORMAGEN

Dr. Geldmacher-Str. 20  
41540 Dormagen  
(im Kreiskrankenhaus Dormagen)

Telefon 0800 - 97 64 636  
(0800-ZRNINFO)  
Telefax 0 21 81 - 21 40 - 29  
E-Mail anmeldung@zrn-info.de

#### GREVENBROICH

Von-Werth-Straße 5  
41515 Grevenbroich  
(im Kreiskrankenhaus St. Elisabeth)

Telefon 0800 - 97 64 636  
(0800-ZRNINFO)  
Telefax 0 21 81 - 21 40 - 29  
E-Mail anmeldung@zrn-info.de