

Die Kernspintomographie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wird eine Erkrankung des Brust-/Bauchraumes, des Schädels, der Wirbelsäule bzw. der Gelenke vermutet bzw. soll ausgeschlossen werden. Je genauer Ihr Arzt über eine mögliche Erkrankung Bescheid weiß, desto besser kann die Behandlung darauf eingestellt werden. Die geeignete Methode ist in Ihrem Fall die Kernspintomographie. Bei der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege in der 80 cm langen Öffnung eines röhrenförmigen Magneten.

Die Untersuchung erfolgt nicht mit Röntgenstrahlen, sondern mit Radiowellen. Diese erzeugen Echosignale aus dem Körper, die in Bilder umgerechnet werden. Bei der Untersuchung entstehen laute Klopfgeräusche, die völlig normal sind und von elektromagnetischen Schaltvorgängen herrühren.

Wurde bei Ihnen bereits früher eine Kernspintomographie durchgeführt

 Ja

 Nein

Wenn ja, Wann? Wo?

Oft wird während der Untersuchung Kontrastmittel gespritzt. Das Kontrastmittel wird im allgemeinen gut vertragen und beeinträchtigt die Reaktionsfähigkeit nicht. An der Injektionsstelle kann ein Spannungs- oder Wärmegefühl entstehen. Selten kommt es zu Übelkeit oder Hauterscheinungen. Extrem selten sind Kreislaufreaktionen, die Notfallbehandlung erfordern. Wir sind auf solche Situationen vorbereitet.

Besteht eine Lebensmittel- oder Medikamentenallergie?

 Ja

 Nein

wenn ja, welche?

Sind Sie im untersuchten Bereich operiert worden?

 Ja

 Nein

wenn ja, welche Operation und wann

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

 Ja

 Nein

Sind Sie am Herzen oder am Kopf operiert worden?

 Ja

 Nein

Befinden sich Metallteile im oder am Körper Ja Nein
(z.B. Granatsplitter, Gefäßclip, Cochleaimplantat, Hörgeräte, Spirale, Metallprothese) ?

**Ich werde alle Metallgegenstände (z.B. Schlüssel, Uhr, Münzen, Feuerzeug, Hörgerät)
und alle Datenträger (z.B. Kreditkarte, Patientenchipkarte, Mobiltelefon)
in der Kabine lassen.** Ja

Für die Untersuchung benötigen wir Angaben zu Ihrem

Gewicht und Ihrer Größe:

Bei Frauen:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Wo haben Sie Beschwerden und seit wann?

Einverständniserklärung:

Wenn erforderlich, willige ich einer Ja Nein
intravenösen Kontrastmittel-Injektion ein

Ich bin damit einverstanden, dass sie meine Befunde oder Bilder Ja Nein
an weiterbehandelnde Ärzte oder meinen Hausarzt übermitteln

Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung einverstanden.

Pforzheim, den

(Unterschrift)