

Name: .....
Vorname: .....
Geb. Datum: ..... . ..... . .....
Größe: .....cm    Gewicht: .....kg

**Vinzenzkrankenhaus  
Hannover GmbH**  
Lange-Feld-Straße 31  
30559 Hannover

**Klinik für Diagnostische  
Radiologie**

Telefon    0511 950 2156  
Telefax    0511 950 2155

### **Kernspintomographie – was ist das?**

Die Kernspintomographie verwendet ein starkes Magnetfeld und Radiowellen, um Schichtaufnahmen des Körpers zu erstellen. Röntgenstrahlen kommen dabei nicht zur Anwendung.

### **Was kommt auf Sie zu?**

Sie müssen für ca. 30min in einem Tunnel liegen, der vorne und hinten offen ist. Während der Untersuchung sollten Sie entspannen und sich nicht bewegen. Der Kernspintomograph macht laute brummende und klopfende Geräusche, Sie erhalten einen Gehörschutz.

Wenn Sie unter Platzangst leiden, teilen Sie uns dies bitte frühzeitig vor der Untersuchung mit.

Abhängig von der Fragestellung kann es sinnvoll sein, Ihnen während der Untersuchung ein Kontrastmittel in die Armvene zu spritzen. Dieses Kontrastmittel enthält kein Jod, es kann auch bei bekannter Allergie gegen Röntgenkontrastmittel gegeben werden. Das Kontrastmittel ist in der Regel sehr gut verträglich, in sehr seltenen Fällen können allergische Reaktionen auftreten. Bei einer hochgradigen Nieren-Funktionsstörung wird Kontrastmittel nur nach einer strengen Nutzen-/ Risiko-Abwägung gegeben, da es zu Nierenfunktionsverschlechterung oder einer schmerzhaften Bindegewebserkrankung kommen kann. Durch das Legen der Venenverweilkanüle kann es in seltenen Fällen zu Hämatomen, Venenentzündungen, Thrombosen und Austritten des Kontrastmittels in das umliegende Gewebe kommen.

Es kann auch zu Ablagerungen im Gehirn kommen, ohne dass bisher dadurch eine schädliche Wirkung bekannt ist.

Sollten Sie sich unwohl fühlen, können Sie die Untersuchung jederzeit über eine Alarmklingel abbrechen.

### **Wann kann eine Kernspintomographie nicht durchgeführt werden?**

Wegen des starken Magnetfeldes gibt es einige Gründe, weswegen die Untersuchung eventuell nicht durchgeführt werden darf:

- Wenn Sie einen Herzschrittmacher tragen
- Wenn sich bestimmte Metallgegenstände (Gefäßclips, künstliche Herzklappe, Metallsplitter, Projektile, etc.) in Ihrem Körper befinden.

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

- Wurde bei Ihnen schon eine Kernspintomographie durchgeführt?  ja  nein
  - An welchem Körperteil? .....
  - Wann und wo? .....
- Wurden bereits Untersuchungen mit Kontrastmittel durchgeführt?  ja  nein
  - Wenn ja, traten Komplikationen auf (Hautauschlag, Rötung, Kreislaufreaktionen, Schock)?  ja  nein
  - Wenn ja, welche? .....
- Leiden Sie an Allergien (Kontrastmittel, Pflaster, Medikamente, Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel, etc.)?  ja  nein
  - Wenn ja, an welchen? .....
- Leiden Sie unter Klaustrophobie (Angst in engen Räumen)?  ja  nein
- Haben Sie Metallteile in/ an Ihrem Körper?
  - Herzschrittmacher, Defibrillator, Herzklappe, Cochleaimplantat  ja  nein
  - Gelenkprothese, Insulinpumpe, Stent, Operationsclips, Piercing  ja  nein
  - Hörgerät, Zahnsperre, Zahnprothese, Metallsplitter, oder .....  ja  nein
- Haben Sie Tätowierungen oder Permanent-Make-Up?  ja  nein
- Wurden Sie schon einmal operiert?  ja  nein
  - Wenn ja, woran und wann? .....
- Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung?  ja  nein
  - Besteht Dialysepflicht?  ja  nein
- Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV/ AIDS, Hepatitis, Tuberkulose o.ä.)?  ja  nein
- Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie? Tragen Sie eine Spirale?  ja  nein
- Für Männer: Besteht/ bestand eine Prostataerkrankung?  ja  nein
- Benötigen Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens?  ja  nein

Anmerkungen:

.....

.....

.....

**Einwilligungserklärung:**

Ich wurde heute von Frau/Herrn Dr. .... über die o. g. Untersuchung mit ggf. Kontrastmittel und ihre Risiken aufgeklärt. Ich bin mit der Untersuchung einverstanden, ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Hannover, den .....20.....

.....

Unterschrift d. Patienten/in
Unterschrift d. Betreuers/d. Sorgeberechtigten\*
Unterschrift d. Arztes/Ärztin

\*unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt