



## PATIENTENINFORMATION zur MRT (Magnetresonanztomographie)

Sehr geehrte Patientin  
Sehr geehrter Patient

Mit der MRT können krankhafte Veränderungen im Körperinneren sichtbar gemacht werden. Dabei werden anstelle von Röntgenstrahlen Radiowellen unter Verwendung eines starken Magnetfeldes angewandt und die vom Körper ausgesendeten Signale zu Bildern verarbeitet. Damit sind diagnostische Informationen zu erhalten, die mit anderen Methoden nicht erreichbar sind.

### Vorbereitung

Vor der Untersuchung legen Sie bitte **alle metallischen Gegenstände** ab, z.B. **Uhren, Schmuck, Piercings, Schlüssel, Kleingeld, Haarnadeln, Brille, Natel, Bankkarten mit Magnetstreifen**.

Bitte schliessen Sie die Tür zum Gang hin ab. In der Umkleidekabine ziehen Sie bitte alles bis auf Unterhose und Socken aus und legen Sie die dunkelblauen MRT-Kleider (Oberteil und Hose) an. Ein Büstenhalter darf aufgrund der Metallbügel und Klammern nicht mit in den MRT-Raum. Für Wertsachen ist ein kleines abschliessbares Fach direkt in der Umkleidekabine vorhanden. Der bunte Schlüssel des Faches darf in den MRT-Raum mitgenommen werden. Jede Patientin / jeder Patient entscheidet selbst, ob und was sie / er einschliessen möchte. Bei Diebstählen übernimmt das Kantonsspital Nidwalden keine Haftung.

### Ablauf der Untersuchung

Im Untersuchungsraum liegen Sie auf einem beweglichen Tisch, der in eine ca. 70 cm grosse Öffnung gefahren wird. Das Gerät ist vorne und hinten abgerundet und offen sowie hell erleuchtet.

Die Untersuchung besteht aus mehreren nacheinander ablaufenden Messungen und die gesamte **Untersuchungsdauer beträgt zwischen 20 und 60 Minuten**. Die Messungen, welche jeweils ca. 5 Minuten dauern, erkennen Sie daran, dass das Gerät laute Geräusche von sich gibt. Zum Schutz Ihres Gehörs erhalten Sie Ohrstöpsel oder einen Kopfhörer. Zwischen den Messungen gibt es kurze Pausen, in denen es ruhig ist.

Während den Messungen müssen Sie bitte ruhig und entspannt liegen und Sie sollten sich nicht bewegen, da schon kleinste Bewegungen zu einer schlechten Bildqualität führen können. Gleichmässiges Atmen und gelegentliches Schlucken stören die Untersuchung nicht.

Je nach Untersuchung und Fragestellung kann Ihnen ein MRT-Kontrastmittel in eine Armvene verabreicht werden. Dies ist zur Darstellung bestimmter Organe und anatomischer Körperstrukturen notwendig, um eventuell krankhafte Veränderungen besser zu erkennen. MRT-Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag und ähnlichen Reaktionen kommen, die in der Regel rasch wieder abklingen. Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufs sind selten. Schwere lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten.

Sie stehen während der gesamten Untersuchungsdauer unter Beobachtung des zuständigen Fachpersonals für medizinische technische Radiologie. Sollten Probleme auftreten, können Sie jederzeit über eine Glocke mit uns Kontakt aufnehmen.

Wegen des starken Magnetfeldes und der relativ beschränkten Platzverhältnisse im Untersuchungsgerät kann diese Methode nicht bei jeder Patientin / jedem Patienten durchgeführt werden. Wir bitten Sie deshalb, die Fragen auf dem Patienteninformationsbogen auf der Rückseite genau durchzulesen und zu beantworten. Vielen Dank.



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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Radiologie Abteilung**  
**Spital Nidwalden**  
Ennetmooserstrasse 19  
CH-6370 Stans  
T +41 (0)41 618 17 61  
radiologie@spital-nidwalden.ch  
[www.spital-nidwalden.ch](http://www.spital-nidwalden.ch)

**Wir bitten Sie, folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten:**

**Ja    Nein**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. Sind Sie Träger/in eines Herzschrittmachers, Neurostimulators, Insulinpumpe, Schmerzpumpe oder anderer elektronische Geräte?                                    | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 2. Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese oder Zahnbrücke? Wenn ja, sind diese mit einem Magnet befestigt?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 3. Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile (z.B. Metallprothesen, Metallclips, Metallsplitter, Piercings, etc.)<br>Wenn ja, was? _____ Seit wann? _____<br>_____ | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 4. Hatten Sie eine Metallsplitterverletzung des Auges? Wenn ja, wurde der Metallsplitter entfernt?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 5. Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden?   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 6. Tragen Sie ein Hörgerät?  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 7. Leiden Sie an Klaustrophobie (Platzangst)?  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 8. Haben Sie Tätowierungen (Tattoos) oder ein Permanent-Makeup?  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 9. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 10. Haben Sie eine schwere Allergie?   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 11. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie?   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
| 12. Sind Sie gegebenenfalls mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |

Grösse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Haben Sie Fragen, welche diese Untersuchungen betreffen? Die Fachperson für medizinisch technische Radiologie beantwortet Ihnen diese Fragen gerne vor der Untersuchung.

**Ich erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin / Patient  
(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Visum MTRA