

## Aufklärungsbogen Magnetresonanztomographie (MRT)

**Patient: Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**geb:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

### **Liebe Patientin, lieber Patient!**

Die MRT ist ein Schnittbildverfahren, das im Gegensatz zu einer Röntgenuntersuchung nicht mit Röntgenstrahlen, sondern mit Magnetfeldern und Radiowellen arbeitet.

Zu Beginn der MRT-Untersuchung werden Sie auf einer bequemen Liege gelagert und anschließend in die ca. 70 cm große Öffnung des röhrenförmigen Magneten hineingefahren. Um gute Bilder zu erzielen, ist es sehr wichtig, dass Sie die gesamte Zeit ruhig und entspannt liegen. Bei zahlreichen Untersuchungen, z.B. im Bereich der unteren Körperhälfte, befindet sich der Kopf nicht im Gerätetunnel, sondern außerhalb des Magneten. Während der Untersuchung entstehen zum Teil sehr laute klopfende Geräusche mit unterschiedlichem Rhythmus. Gegen dieses Klopfen erhalten Sie von uns einen wirksamen Gehörschutz, auf Wunsch auch mit Musik. Sollten Sie sich während der Untersuchung nicht wohl fühlen, können Sie sich mit einer Klingel bemerkbar machen. Außerdem beobachten wir die gesamte Untersuchung von unserem Bedienpult aus. Wenn Sie zu Platzangst neigen, geben wir Ihnen nach Absprache ein schnell wirksames Beruhigungsmittel. Die Untersuchung dauert zwischen 15 und 25 Minuten.

### **Mögliche Risiken der vorgesehenen Untersuchung:**

Bei einigen Fragestellungen ist es notwendig ein Kontrastmittel zu verwenden.

Kontrastmittel, die in der Kernspintomographie eingesetzt werden, sind äußerst gut verträglich. Dennoch können sie in Einzelfällen während oder auch kurz nach der Untersuchung zu Komplikationen führen.

**Selten:** Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Übelkeit, Husten, Schwindelanfälle, Hautrötungen).

**Sehr selten:** Schwere allergische Reaktionen mit Schleimhautschwellung im Rachen, Atemstörungen, Herz-/ Kreislaufversagen die eine sofortige Behandlung erfordern.

**Extrem selten:** Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, kann es in seltenen Fällen zum Auftreten der sog. „nephrogenen systemischen Fibrose“ (NSF/ Bindegewebserkrankung) kommen. Aus diesem Grund wird bei Risikopatienten im Vorfeld die Nierenfunktion durch Laboruntersuchungen bestimmt.

In **extrem seltenen** Fällen ist die Auslösung einer Thrombose oder einer Venenentzündung durch die Gabe des Kontrastmittels möglich. Diese können evtl. zur Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie führen.

Wie bei jeder Verabreichung eines Medikamentes in eine Vene sind in **seltenen** Fällen ein Bluterguss bzw. Nachblutung an der Einstichstelle, Entzündungen sowie Venen- oder Nervenreizungen bzw. –schädigungen möglich.

Beim automatischen Einspritzen von Kontrastmittel kann es **ganz selten** zum Platzen kleiner Venen und damit zum Bluterguss und noch seltener zu einer anschließenden Infektion an dieser Stelle kommen.

Im Falle einer Ablehnung des Kontrastmittels, weisen wir darauf hin, dass die Aussagekraft der Untersuchung eingeschränkt ist, (z.B. Nichterkennung von Krankheiten und ihres Schweregrades/Verlaufs).

### **Vor der Untersuchung:**

Sie dürfen keine metallischen oder magnetisierbaren Gegenstände mit in den Untersuchungsraum bringen. Bitte legen Sie all diese Dinge in der Kabine ab. Dies betrifft auch: Hörgeräte, Geldbeutel, Scheckkarten (werden gelöscht), Handy, Uhren, Brille, Schlüssel, andere Schmuckgegenstände (Piercings), Haarspangen. Metallteile an der Kleidung (z.B. Gürtelschnallen), Kleidungsstücke mit Reißverschluss, Metallknöpfe oder Ähnliches (Verschluss am BH), herausnehmbarer Zahnersatz, Zahnspangen, Zahnimplantate oder Gelenkprothesen verursachen keine Probleme.

### **Nach der Untersuchung:**

Sollten Sie ein Beruhigungsmittel während der Untersuchung erhalten haben, muss das Steuern eines Kraftfahrzeugs und die Arbeit an gefährlichen Arbeitsplätzen bis 24 Stunden nach der Untersuchung unterbleiben. Außerdem müssen Sie sich von einer Begleitperson aus der Praxis abholen lassen.

Nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel sollten Sie ausreichend viel trinken, um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu beschleunigen. Sollten später plötzlich Juckreiz, Niesreiz, Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen oder andere Symptome auftreten, informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt!

### **Gibt es Alternativen zum MRT?**

Alternativen zur MRT können die Ultraschalluntersuchung, die Computertomographie (CT), konventionelle Röntgenuntersuchung, die Szintigraphie oder Spiegelung (Endoskopie) sein.

Auf Wunsch informiert Sie Ihr Radiologe gern, ob und welche Alternative für Sie in Frage kommt.

**bitte wenden !!!!!**

**Was wir wissen müssen!**

**JA**      **NEIN**

Haben oder hatten Sie jemals einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe, Schmerzpumpe oder ein Cochleaimplantat(Ohr)?

Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper (Gefäßclips, Metallprothesen, Granatsplitter, Neurostimulatoren, Spirale)?

Haben Sie schon einmal MRT-Kontrastmittel bekommen?

Gab es Kontrastmittel- Unverträglichkeitsreaktionen?

Gibt es bereits Voraufnahmen und/oder Fremdbefunde/OP-Berichte vom Untersuchungsbereich?

Wenn ja, wann und wo wurden diese durchgeführt? \_\_\_\_\_

Besteht eine allergische Erkrankung (auch auf Röntgenkontrastmittel)?    
Wenn ja, auf welche Substanzen? \_\_\_\_\_

Besteht eine Nierenerkrankung?

Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung bekannt bzw. nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)?

Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV-Infektion/AIDS)?

Ist schon einmal im **Untersuchungsgebiet operiert** worden?

Wenn ja, **WANN** und **WELCHE Operation?** \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an andere mich behandelnde Ärzte, die diese Ergebnisse anfordern einverstanden

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

Stillen Sie derzeit?

**EINWILLIGUNGS - Erklärung:**

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift des/der Patienten/-in / der Eltern\***

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift des Arztes**

\*) Grundsätzlich sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

**Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**

- Krea:
- GFR:

**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Patienten