

## MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE / KERNSPINTOMOGRAPHIE

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

auf Anweisung Ihres behandelnden Arztes soll bei Ihnen eine kernspintomographische Untersuchung erfolgen. Bei dieser Untersuchungstechnik werden keine Röntgenstrahlen eingesetzt.

### **Untersuchungsablauf**

Die Kernspintomographie (MRT) ist ein Gerät zur Herstellung von überlagerungsfreien Schnittbildern in beliebiger Orientierung. Diese Bilder werden mittels Radiowellen in einem starken Magnetfeld erzeugt. Während der Untersuchung, die ca. 20 Minuten dauert, liegen Sie in einer beleuchteten offenen Röhre. Die Untersuchung ist schmerzfrei. Die Erzeugung der Radiowellen verursacht laute Klopfgeräusche. Sie erhalten von uns einen Kopfhörer oder Ohrstöpsel als Schutz.

### **Patienten mit einem Herzschrittmacher können nicht untersucht werden.**

### **Risiken der Untersuchung**

Obwohl es sich um ein risikoarmes Verfahren handelt, sind Komplikationen möglich. Dazu zählen z.B. Metallteile, die im oder am Körper getragen werden. Diese können ihre Lage unkontrolliert verändern und so zu einer Gefahr werden. Durch Tätowierungen, Permanent Make up / Make-up können Hautreizungen auftreten, wie Rötungen, Erhitzungen oder Verbrennungen. Bitte informieren Sie uns über vorhandene Tätowierungen (Permanent Make up).

In seltenen Fällen kann es zu Beklemmungsgefühlen kommen. Sollten Sie unter Platzangst leiden, verständigen Sie uns bitte vor der Untersuchung. Wenn erforderlich kann Ihnen ein Beruhigungsmittel in die Armvene injiziert werden. In diesem Fall kommen Sie bitte mit einer Begleitperson zur Untersuchung, da Sie 24 h kein Fahrzeug führen und keine Maschinen bedienen dürfen.

### **Vorbereitung**

**Wichtig!** Vor Betreten des Untersuchungsraumes legen Sie bitte alle metallischen Gegenstände ab, die Sie am Körper tragen. Dazu gehören z.B. Armbanduhr, Brille, Hörgerät, Haarnadeln, Geldbörse, Gürtel, Kugelschreiber, Ohringe, Schlüssel, Piercings sowie Schmuck und andere Kleidungsstücke mit Metall. Nehmen Sie bitte auch keine Scheckkarten oder andere Magnetstreifenkarten mit in den Untersuchungsraum, da diese durch das Magnetfeld sonst unwiderruflich gelöscht werden!

### **Kontrastmittelgabe**

Es kann unter Umständen notwendig werden, dass zur einwandfreien Diagnosestellung ein Kontrastmittel in eine Armvene injiziert werden muss. Sehr vereinzelt sind Nebenwirkungen durch dieses Kontrastmittel aufgetreten. Insbesondere kann es zu Kreislauf- und Hautreaktionen kommen. Falls erforderlich, wird von unserer Seite beim Auftreten von Nebenwirkungen ein Gegenmittel gespritzt.

Seit kurzem ist ein Zusammenhang zwischen MRT-Kontrastmitteln und der sogenannten nephrogenen systemischen Fibrose hergestellt worden. In seltenen Fällen kommt es bei Menschen mit eingeschränkter Nierenfunktion zu Fibrosierungen der Haut und des Bindegewebes der inneren Organe. Einige MRT-Kontrastmittel dürfen bei diesen Menschen nicht angewendet werden. Sollte eine Erhöhung des Kreatininwertes im Blut vorliegen ist eine genauere Untersuchung der Ausscheidungsfunktion erforderlich (Kreatinin-Klearance > 30ml/min). Bitte klären Sie das vorher bei Ihrem Hausarzt ab.

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geb.- Datum \_\_\_\_\_  
 Größe/ Gewicht \_\_\_\_\_

Termin \_\_\_\_\_

**Patienten, die mehr als 180 kg wiegen,  
 können nicht untersucht werden!**

**Bitte 2 große Handtücher mitbringen**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Bemerkungen - wann – welche ?

- |  |                               |                             |       |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Tragen Sie eine künstliche Herzklappe        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Haben Sie andere Metallteile im Körper       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sind Sie am Herz operiert worden             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sind Sie am Kopf operiert worden             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Bisherige andere Operationen                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Bekannte Herz- Kreislauf-Lungenerkrankung    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Sind bei Ihnen Allergien bekannt             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Haben Sie Tätowierungen/Permanent Make up    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Besteht Klaustrophobie/Angst in engen Räumen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Wurde schon mal eine MRT durchgeführt        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Leiden Sie an einer Nierenerkrankung         | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| <u>Für Frauen im gebärfähigen Alter</u>      |                               |                             |       |
| <b>Besteht eine Schwangerschaft</b>          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

**Einverständniserklärung**

Ich bestätige, dass ich die Erläuterungen zur Untersuchung sowie zu den Risiken sorgfältig gelesen und verstanden habe. Nach ausreichender Bedenkzeit habe ich keine weiteren Fragen an den Arzt und bin mit der Durchführung der MRT-Untersuchung und einer evtl. Kontrastmittelgabe einverstanden.  
Nach einer Kontrastmittelgabe verbleiben Sie bitte noch 30 Minuten in unserer Abteilung.

**Bitte verständigen Sie uns sofort, wenn Übelkeit, Durchfall, Schwindel, Hautausschlag, Unwohlsein, o. a. Beschwerden während oder nach der Untersuchung auftreten. Bei Beschwerden nach dem Verlassen unserer Abteilung, informieren Sie bitte umgehend Ihren Arzt oder rufen den Notarzt.**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin informiert worden, dass alle Mitarbeiter eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben. Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden. Im Falle eines stationären Aufenthaltes gebe ich mein Einverständnis, die vorliegenden Aufnahmen der Station und den mitbehandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen  
 Ich bin informiert worden, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.  ja  nein  
 Die Datenschutzerklärung der Praxis habe ich gelesen und verstanden. Unterschrift:.....

Nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch habe ich auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.

- Ich verzichte auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.  Ich wünsche eine Kopie und bestätige, eine Kopie erhalten zu haben

**Rüdersdorf, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Betreuer \_\_\_\_\_**

*Bei Sedierung ( Einnahme eines beruhigenden Medikaments ) besteht eine Fahruntauglichkeit für 24 h.*  
 Eine Begleitperson ist unbedingt notwendig!

\_\_\_\_\_mg Tavor Expidet **Name der Begleitperson \_\_\_\_\_**

**Über die Verträglichkeit habe ich mit meinem behandelnden Arzt gesprochen.**  ja  nein

**Unterschrift Patienten/Betreuer: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_**