



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Aufklärung zur Magnetresonanztomographie des Herzens (Kardio-MRT)

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Magnetresonanztomographie des Herzens (Kardio-MRT) überwiesen. Die MRT ist ein bildgebendes Verfahren ohne Anwendung von Röntgenstrahlen, bei dem durch Magnetfelder Querschnittsbilder von allen Abschnitten des Körpers angefertigt werden. Bei Platzangst geben Sie uns bitte Bescheid, da die Untersuchung dann unter Gabe von Beruhigungsmitteln erfolgen kann.

Während der Untersuchung

Zur Untersuchung werden Sie in liegender Position bequem auf der Untersuchungsliege des Gerätes gelagert. Falls erforderlich, bekommen Sie während der Untersuchung ein gadoliniumhaltiges Kontrastmittel, üblicherweise in eine Armvene, verabreicht.

Bei sogenannten Stressuntersuchungen zur Beurteilung der Herzdurchblutung bekommen Sie während der Untersuchung ein Medikament – Adenosin – in eine Armvene verabreicht. Dieses Medikament simuliert eine körperliche Belastung. Während der Untersuchung wird Ihr Puls, Ihre Sauerstoffsättigung und Ihr Blutdruck überwacht.

Während der Untersuchung werden laute Klopfgeräusche auftreten, diese brauchen Sie nicht zu beunruhigen. Sie erhalten daher einen Gehörschutz.

Die Untersuchung dauert ca. 30 Minuten und ist völlig schmerzfrei.

Für eine gute Bildqualität sollten Sie ruhig und entspannt liegen. Beachten Sie bitte eventuelle Atemkommandos oder weitere Anweisungen durch unser Personal.

Risiken einer Magnetresonanztomographie

Die Magnetresonanztomographie ist ein risikoarmes Routineverfahren.

An der Einstichstelle des Arms zur Verabreichung des Kontrastmittels kann es in einzelnen Fällen zu Blutergüssen oder Entzündungen kommen, die möglicherweise behandelt werden müssen. In sehr seltenen Fällen kann es zu anhaltenden Schmerzen oder Missempfindungen sowie Narben an der Einstichstelle kommen.

Obwohl gadoliniumhaltige Kontrastmittel meist sehr gut verträglich sind, kann es in Einzelfällen zu Nebenwirkungen kommen.

- sehr selten kann es zu leichten allergischen Reaktionen wie Juckreiz, Hautausschlag, Erbrechen kommen
- extrem selten sind schwere allergische Reaktionen mit Herz- und Kreislaufversagen, Atemstörungen und dauerhaften Organschäden.

Während der Adenosin-Gabe (nur bei Stressuntersuchungen) können Kopfschmerzen, Schwindel, Atemnot und Wärmegefühl auftreten. Relativ häufig kann ein Engegefühl im Hals und Brustkorb auftreten. Diese Nebenwirkungen sind jedoch ungefährlich und bilden sich nach wenigen Sekunden nach Beendigung der Medikamenteneinwirkung zurück.

Wir sind auf die Behandlung eventueller auftretender Nebenwirkungen vorbereitet.

Nach der Untersuchung:

Falls nicht anders vom Arzt angeordnet, trinken Sie nach einer Kontrastmittel-Untersuchung reichlich, damit das Kontrastmittel schneller ausgeschieden werden kann.

Sollten wider Erwarten später nach der Untersuchung Übelkeit, Unwohlsein, Hautausschlag, Schmerzen oder andere Beschwerden auftreten, verständigen Sie bitte umgehend unsere Praxis oder Ihren Hausarzt oder überweisenden Arzt.

Bitte wenden Sie den Bogen und beantworten Sie sorgfältig die Fragen auf der Rückseite.



Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1. Haben Sie aktuell oder hatten Sie jemals einen Herzschrittmacher oder Defibrillator ?	ja	nein
2. Tragen Sie ein Hörgerät?	ja	nein
3. Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?	ja	nein
4. Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper? (z. B. Metallsplitter, Herzklappen, Gelenkprothesen, Clips nach Operationen, Stents, Ohr-Implantate, Insulinpumpe, Piercing)	ja	nein
5. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	ja	nein
6. Haben Sie Asthma?	ja	nein
7. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z. B. Hepatitis, HIV)	ja	nein
8. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Kontrastmittel, Medikamente, Nahrungsmittel, Heuschnupfen)	ja	nein
9. Wurden Sie am Herz oder an Gefäßen operiert?	ja	nein
10. Wurde bei Ihnen eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann und wo?	ja	nein
11. Nehmen Sie Herz-Medikamente oder Medikamente zur Blutverdünnung ein? Wenn ja, welche?	ja	nein
12. Leiden Sie an Platzangst (Klaustrophobie)?	ja	nein
13. Sind bei Ihnen folgende Herz-/Kreislaufisriefaktoren bekannt?		
- Bluthochdruck	ja	nein
- Cholesterinerhöhung	ja	nein
- Zuckerkrankheit	ja	nein
- Rauchen	ja	nein
- Gicht	ja	nein
- Herzinfarkt/Schlaganfall in der Familie	ja	nein
12. <u>Für Frauen im gebärfähigen Alter:</u>		
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	ja	nein
Stillen Sie?	ja	nein

Ich bin damit einverstanden, daß die radiologische Gemeinschaftspraxis die bei meinen behandelnden Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Weiterbehandlung anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Radiologen, Voruntersuchungen mit der aktuellen Untersuchung zu vergleichen.

Ich bin auch damit einverstanden, daß die radiologische Gemeinschaftspraxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient der Information der weiterbehandelnden Ärzte.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber der radiologischen Gemeinschaftspraxis widerrufen werden.

Einwilligungserklärung über die bevorstehende kernspintomographische Untersuchung:

Ich bin über die Untersuchung ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.

Ich bin mit der Untersuchung und mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters Unterschrift des Arztes