



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Aufklärung zur Magnetresonanztomographie (MRT)

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Magnetresonanztomographie (MRT) überwiesen. Die MRT ist ein bildgebendes Verfahren ohne Anwendung von Röntgenstrahlen, bei dem durch Magnetfelder Querschnittsbilder von allen Abschnitten des Körpers angefertigt werden.

Vor der Untersuchung

Vor der Untersuchung der Bauchorgane und des Beckens kann es erforderlich sein, dass Sie ein trinkbares Kontrastmittel zu sich nehmen, damit die entsprechenden Darmstrukturen besser sichtbar werden. Das trinkbare Kontrastmittel ist sehr gut verträglich, es kann jedoch in einzelnen Fällen Durchfälle verursachen.

Bei Platzangst geben Sie uns bitte Bescheid, die Untersuchung kann unter Gabe eines Beruhigungsmittels erfolgen.

Während der Untersuchung

Zur Aufnahme der Bilder nehmen Sie auf der Liege des Untersuchungsgerätes Platz. Falls erforderlich bekommen Sie während der Untersuchung ein gadoliniumhaltiges Kontrastmittel, üblicherweise in eine Armvene, gespritzt.

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

Die Untersuchung dauert 10-20 Minuten und ist völlig schmerzfrei.

Für eine gute Bildqualität sollten Sie ruhig und entspannt liegen und eventuelle Atemkommandos oder andere Anweisungen beachten.

Risiken einer Magnetresonanztomographie

Die Magnetresonanztomographie ist ein risikoarmes Routineverfahren.

An der Einstichstelle der Kontrastmittelspritze 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 die gadoliniumhaltigen Kontrastmittel meist sehr gut vertragen werden, 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.

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 Ihren 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. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z. B. Hepatitis, HIV)	ja	nein
7. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt ? Wenn ja, welche?	ja	nein
8. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Asthma, Heuschnupfen)	ja	nein
9. Sind sie im zu untersuchenden Bereich voroperiert?	ja	nein
10. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z. B. Marcumar, Aspirin)	ja	nein
11. Leiden Sie an Platzangst (Klaustrophobie)?	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