



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Aufklärung zur Magnetresonanztomographie der Brust (MR-Mammographie)

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Magnetresonanztomographie (MRT) der Brust 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

Zu dieser Untersuchung werden Sie in Bauchlage auf einer speziellen Brustvorrichtung im MRT gelagert. Bei Platzangst geben Sie uns bitte Bescheid, die Untersuchung kann unter Gabe eines Beruhigungsmittels erfolgen.

Während der Untersuchung

Sie bekommen 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 etwa 20 Minuten und ist völlig schmerzfrei.

Für eine gute Bildqualität sollten Sie ruhig und entspannt liegen.

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 eventuell 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. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Kontrastmittel, Medikamente, Nahrungsmittel, Heuschnupfen)	ja	nein
8. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? Wenn ja, welche?	ja	nein
9. Leiden Sie an Platzangst (Klaustrophobie)?	ja	nein
10. Wurde bei Ihnen eine Mammographie durchgeführt? Wenn ja, wann und wo?	ja	nein
11. Wann war Ihre letzte Regelblutung?		
12. Sind Sie an der Brust operiert worden?	ja	nein
- Wann?	_____	
- Welche Brust wurde operiert	_____	
- Handelte es sich um einen bösartigen Befund?	ja	nein
- Erfolgte eine Strahlentherapie der Brust?	ja	nein
- In welcher Brust haben Sie Beschwerden?	_____	
- Nehmen Sie weibliche Geschlechtshormone (z. B. Pille) ?	ja	nein
13. <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