
Patient: Vor- und Zuname

Patienteninformation zur Kernspintomografie (MRT)

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei der MRT werden Bilder des Körperinneren von höchster diagnostischer Qualität erzeugt. Dies geschieht durch Wechselwirkung von Magnetfeldern und Radiowellen. Die Untersuchung kommt ohne Röntgenstrahlen aus und ist schmerzfrei. Negative Auswirkungen auf den menschlichen Körper sind nicht bekannt.

Bitte legen Sie vor der Untersuchung alle Metallteile (herausnehmbare Zahnprothesen und Piercing, Uhren, Geld, Schlüssel, Gürtel, Haarspangen, Schmuck, Hörgeräte, BH, Mobiltelefone, Taschenmesser, usw.) und Datenträger (Scheck- und Kreditkarten) in der abschließbaren Umkleidekabine ab.

Zur Untersuchung liegen Sie auf einer bequemen Liege, die in den röhrenförmigen Magneten eingefahren wird. Hier ist es hell, gut belüftet und zu beiden Enden offen. Um Signale zur Bilderzeugung aus Ihrem Körper zu empfangen, wird die zu untersuchende Körperregion in der Regel mit sogenannten Spulen abgedeckt. Während der Untersuchung können wir Sie hören und sehen, zusätzlich erhalten Sie einen Klingelknopf. Bei der Messungen entstehen relativ laute Klopfgeräusche. Sie erhalten einen Gehörschutz, um den Geräuschpegel zu verringern.

Es ist sehr wichtig, dass Sie sich während der Messung nicht bewegen, da die Aufnahmen ansonsten unscharf werden. Atmen Sie bitte flach und gleichmäßig. Es können Aufnahmen in unterschiedlicher Atemlage erfolgen, Sie werden dann Atemkommandos über die Sprechanlage erhalten. Die Untersuchung dauert 15 bis 20 Minuten.

Bei Patienten mit Herzschrittmachern, Cochlea-Implantaten, fest implantierten Insulinpumpen oder ähnlichen ortsfesten Implantaten kann eine MRT in unserer Praxis nicht durchgeführt werden.

Gelegentlich kann die Verabreichung von **MRT-Kontrastmittel** zur besseren Darstellung der Organe notwendig sein. Das Kontrastmittel wird in die Armvene injiziert und ist sehr gut verträglich.

Äußerst selten werden Nebenwirkungen wie Juckreiz und Übelkeit beobachtet, welche in der Regel ohne Behandlung von alleine abklingen. Stärkere – auch lebensbedrohliche – Unverträglichkeitsreaktionen lassen sich (wie bei allen anderen Medikamenten auch) niemals vollständig ausschließen, sind aber extrem selten.

Die sogenannte nephrogene systematische Fibrose (NSF) wurde bei Patienten mit sehr stark eingeschränkter Nierenfunktion nach Gabe von hohen Mengen MRT-Kontrastmittel in die Armvene beobachtet. Es handelt sich um eine schwerwiegende Fibrose der Haut und des Bindegewebes und kann beim Befall von Organen zum Tod führen.

Ablagerungen von Spuren von Kontrastmittelbestandteilen (Gadolinium) in bestimmten Kerngebieten des Gehirns sind bei sogenannten linearen Kontrastmittel nach häufiger Gabe möglich. Bei den derzeit nahezu ausschließlich verwendeten zyklischen Kontrastmittel liegen noch keine gesicherten Daten vor. Bisher sind keine Gesundheitsschäden als Folge der möglichen Ablagerungen beobachtet worden.

Infolge der intravenösen Kontrastmittelgabe kann es extrem selten zu Spritzenabszessen, Nerven- und Venenreizungen kommen. Diese müssen ggf. medikamentös oder operativ behandelt werden, was anhaltende Beschwerden (Narben, Taubheitsgefühl) zur Folge haben kann.

Wenn Sie während der Kontrastmittelgabe Schmerzen an der Punktionsstelle verspüren, teilen Sie das bitte dem Bedienpersonal mit oder drücken Sie die Notfallklingel.

Um das Risiko möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen beantworten. **Bitte wenden.**

In Bezug auf den Datenschutz und die Verarbeitung von gesundheits- und anderen personenbezogenen Daten wird auf unsere Datenschutzerklärung für Patienten/innen verwiesen.

Fragen zur Kernspintomografie:

Wie schwer sind Sie? _____ Wie groß sind Sie? _____

Wurde ein Herzschrittmacher oder ein anders elektronisches Gerät implantiert? Ja Nein
(Defibrillator, Stimulationssonde wie Hirn-oder Blasenschrittmacher, Cochlea-Implantat, Insulin- oder Schmerzmittelpumpe, Ventrikelshunt zur Hirnwasserableitung....)

Wenn ja, welches Gerät? _____ Wann implantiert? _____

Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein

Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile/Fremdkörper(außer Zahnprothesen)? Ja Nein
(Granatsplitter, künstliche Herzklappen, Gefäßstützen(Stents), Gefäßclips, Gliedmaßenprothesen, künstliche Gelenke, Metallsplitter, Piercing, metallhaltige Tätowierungen, Intrauterinpeessar/Spirale)

Wenn ja, welche Metallteile/Fremdkörper? _____ Seit wann? _____

Wurden Operationen am Kopf, dem Herzen oder den Schlagadern durchgeführt? Ja Nein

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z. B. HIV, Hepatitis) Ja Nein

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein **Stillen Sie?** Ja Nein

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit bereits eine Kernspintomografie oder Computertomografie mit Kontrastmittel durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, haben Sie es gut vertragen? Ja Nein

Wurde bereits eine MRT oder CT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt? Ja Nein

Wenn ja, wo und wann? _____

Einwilligungserklärung: Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden. Ich benötige keine weitere Bedenkzeit und willige ein:

Datum

Vor- und Zuname

Unterschrift

Ich bin darüber informiert, dass mir eine Kopie dieses Aufklärungsbogens zusteht. Ich wünsche eine Kopie: Ja Nein

Persönliches Aufklärungsgespräch

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Folgende Punkte wurden besprochen:

Unterschrift Patient

Unterschrift aufklärender Arzt

In Bezug auf den Datenschutz und die Verarbeitung von gesundheits- und anderen personenbezogenen Daten wird auf unsere Datenschutzerklärung für Patienten/innen verwiesen.