

## Aufklärungsbogen

### zur Untersuchung mit der Kernspintomographie (MRT)

NAME, VORNAME &gt; \_\_\_\_\_ GEBOREN AM &gt; \_\_\_\_\_

TELEFON &gt; \_\_\_\_\_ Gewicht &gt; \_\_\_\_\_ Grösse &gt; \_\_\_\_\_

#### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden uns von Ihrem Arzt zur Kernspintomographie überwiesen. Wir möchten Sie über die Methode, den Ablauf und mögliche Risiken einer MRT-Untersuchung informieren, damit Sie sich entscheiden und in die Untersuchung einwilligen können.

Die Kernspintomographie arbeitet ohne jegliche Röntgenstrahlen und ohne radioaktive Substanzen. Das Bild entsteht aus dem gezielten Zusammenwirken eines starken Magnetfeldes mit Radiowellen. Die an unseren Geräten verwendete Feldstärke von 1,5 Tesla hat nach heutigem Kenntnisstand keinerlei schädigende Wirkung auf den Organismus. Auch die eingesetzten Radiofrequenzen sind für den Menschen unschädlich.

Für die Untersuchung werden Sie auf einer Liege in die relativ große, ca. 150 cm lange, an beiden Enden offene MRT-Öffnung gefahren. In den kurzen Tunnel strömt ständig Frischluft. Die meisten Untersuchungen dauern zwischen 15 – 30 Minuten. Wir können Sie während der Untersuchung über eine Kamera beobachten und Sie stehen über eine Sprechanlage mit uns in Kontakt. Sollten Sie sich während der Untersuchung nicht wohl fühlen, können Sie uns über eine Klingel rufen.

Um gute Bilder zu erzeugen, ist es sehr wichtig, dass Sie ganz ruhig und entspannt liegen.

Vermeiden Sie jede Bewegung während der laufenden Untersuchung, die Sie an lauten Klopfgeräuschen erkennen. Diese Klopfgeräusche beruhen auf Schaltmechanismen. Sie erhalten von uns zur Geräuschdämmung Kopfhörer, über die Sie Musik hören können, oder Ohrstöpsel.

Bei bestimmten diagnostischen Fragen ist die Anwendung eines Kontrastmittels erforderlich, das über eine Armvene gespritzt wird. MRT-Kontrastmittel enthalten kein Jod und werden gut vertragen. In seltenen Fällen können leichte allergische Hautreaktionen oder leichte Übelkeit auftreten. Sehr selten treten schwere allergische Reaktionen bis hin zum Schockzustand mit Schleimhautschwellungen im Rachen oder Kehlkopf, Atemstörungen bis Herz-/Kreislaufversagen auf, die eine intensivmedizinische Behandlung erfordern und u.U. lebensbedrohlich sein bzw. Organschäden verursachen können. Teilen Sie uns bitte mit, wenn Sie bei einer früheren Untersuchung Kontrastmittel nicht vertragen haben. Das Kontrastmittel wird über die Nieren ausgeschieden. Extrem selten kann eine nephrogene systemische Fibrose (NSF) ausgelöst werden, eine z. Z. noch nicht behandelbare Bindegewebserkrankung der Haut mit möglicher Einschränkung der Beweglichkeit bis hin zur Gelenksteife. Gefährdet sind Patienten mit schwerer Nierenerkrankung oder nach Lebertransplantationen.

#### **Achtung: Keine Metallgegenstände!**

■ Patienten mit **Herzschrittmacher** und bestimmten **Gefäßclips** nach einer Kopfoperation sowie mit **Innenohrimplantaten** dürfen mit diesem Verfahren **nicht** untersucht werden (**Lebensgefahr**).

Zu schweren Schädigungen am Gerätesystem und zu Störungen der Bildqualität können Metallgegenstände führen. Bitte legen Sie alle Metallgegenstände in der Kabine ab. Sie können magnetisch angezogen werden und zu Verletzungen und Gerätebeschädigungen führen.

Teilen Sie uns bitte unbedingt mit, wenn Sie durch eine Operation oder eine Verletzung metallisches Material im Körper haben (z. B. künstliche Herzklappe, Stent, künstliches Gelenk, Material zur Knochenstabilisierung, Gefäßclips, Metallsplitter, Geschoß, feste Zahnspangen). Bitte legen Sie Ihren Implantatpass vor. Wir werden entscheiden, ob eine Untersuchung möglich ist. Bitte informieren Sie uns auch über Tätowierungen, da Sie zu Hautreizungen führen können, wenn Sie metallische Pigmente enthalten.

**Scheckkarten, Patientenchipkarte, oder andere digitale Datenträger bitte in der Kabine lassen.** Sie werden durch den Magneten gelöscht. **Hörgeräte und Insulinpumpen bitte ablegen.** Es können Störungen der elektronischen Bauteile bzw. Entladung der Batterie folgen!

Da die Dauer einer MRT-Untersuchung vorher nicht präzise festzulegen ist, kann der Zeitplan schon einmal überschritten werden. Bitte haben Sie Verständnis, wenn trotz aller Vorkehrungen Wartezeiten entstehen.

**Bitte beantworten Sie zur Überprüfung möglicher Risiken folgende Fragen:**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ..... ja  nein

Tragen Sie eine künstliche Herzklappe? Bitte legen Sie den Klappenpass vor. ja  nein

Sind Ihnen Metallteile in Ihrem Körper bekannt (Metallprothesen, Metallsplitter, magnetisches Zahnimplantat, Innenohrimplantat, Neurostimulatoren)? ..... ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Insulinpumpe? ..... ja  nein

Ist bei Ihnen eine Kopfoperation möglicherweise mit Gefäßclips erfolgt? ..... ja  nein

Ist im Rahmen einer Gefäßbehandlung eine Stenteinlage erfolgt? ..... ja  nein

Ist Ihnen eine Allergie bekannt? ..... ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Klaustrophobie (Beklemmung in engen Räumen)? ..... ja  nein

Wo haben Sie jetzt Beschwerden? (Körperregion?) \_\_\_\_\_

Welcher Art sind die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine ansteckende Erkrankung (HIV, Hepatitis, multiresistente Erreger) bekannt? ..... ja  nein

Ist bei Ihnen eine Operation erfolgt? ..... ja  nein

Wenn ja, welche? Wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung? ..... ja  nein

Für weibliche Patienten: Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor? ..... ja  nein

Mit der unten vorgesehenen Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis zur Durchführung einer kernspintomographischen Untersuchung (MRT-Untersuchung).

Ich werde alle Metallgegenstände (z. B. Schlüssel, Uhr, Schmuck, Münzen, Feuerzeug, Hörgerät, Piercings) und alle Datenträger (z. B. Kreditkarte, Mobiltelefon) in der Kabine lassen.....ja

Ich habe die Information verstanden und fühle mich ausreichend aufgeklärt.....ja

Ich habe noch zusätzliche Fragen: \_\_\_\_\_

Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich bei Notwendigkeit einverstanden. .... ja  nein

Bei Nachfrage weiterbehandelnder Haus- bzw. Fachärzte bin ich mit einer Befundübermittlung einverstanden. .... ja  nein

Dieser Aufklärungsbogen wird in unserem Praxisarchiv dokumentenecht abgelegt und kann jederzeit bei Bedarf für Sie ausgedruckt werden.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/ Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes