



## Aufklärungsbogen für Patienten zur Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel

Name: ..... Vorname: .....

Geboren am: ..... Gewicht: ..... kg Größe.....cm

Telefonnummer: .....

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) ist ein modernes Untersuchungsverfahren, das ohne Röntgenstrahlung auskommt. Mittels eines starken Magnetfeldes und eines Sende- und Empfängersystems für Radiowellen können vielfältige Schnittbilder der zu untersuchenden Körperregion erstellt werden.

#### Untersuchungsablauf

Es ist besonders wichtig, dass Sie während des Untersuchungsvorganges **ruhig und entspannt in der Ihnen angewiesenen Stellung liegen**. Durch Ihre Mitarbeit kann die Untersuchungsdauer reduziert und die Qualität der Aufnahmen verbessert werden. Während der Untersuchung können wir Sie über einen Monitor sehen und über eine Sprechanlage mit Ihnen kommunizieren. Sie können sich zudem jederzeit über eine Handklingel bemerkbar machen. Die Untersuchung dauert ca. 15-30 Minuten (je nach Fragestellung). Die während einer MR-Untersuchung erzeugten Geräusche werden durch die Vibration der Gradientenspule verursacht. Unser modernes MRT reduziert den Geräuschpegel durch die Pianissimo Technologie deutlich und ermöglicht leisere Untersuchungen.

#### Metallhaltige Gegenstände

Vor der Untersuchung müssen Sie alle metallischen und elektronischen Gegenstände in der Umkleidekabine ablegen (Uhr, Brille, Schlüssel, Feuerzeug, Mobiltelefon, MP3-Player, lose Münzen, Schmuck, Piercing, Kugelschreiber, Haarspangen, metallhaltige Kleidung, Hörgeräte, herausnehmbarer Zahnersatz und Zahnspangen), einschließlich aller magnetischer Karten (EC- bzw. Kreditkarten). Hose bitte ausziehen. Gegenstände aus Metall können bei der Untersuchung stören und unter bestimmten Umständen sogar für den Patienten gefährlich sein. Patienten mit **Herzschrittmachern oder Defibrillatoren dürfen nicht im MRT untersucht werden**, weil die lebenserhaltenden Funktionen gestört werden kann. Sollten in Ihrem Körper bestimmte Geräte

implantiert worden sein, muss zwingend der **Implantat Pass** zur Überprüfung der MRT Tauglichkeit vorgelegt werden. Besondere Vorsicht gilt auch für „nicht medizinische metallische Fremdkörper“ durch Unfälle (z.B. Metall/Granatsplitter).

#### Kontrastmittel

Bei bestimmten Fragestellungen ist eine Kontrastmittelgabe in eine Armvene notwendig. Gelegentlich kann dies der Arzt aber erst während der Untersuchung entscheiden. Die verwendeten Kontrastmittel für die MRT enthalten kein Jod und **sind sehr gut verträglich**. Nur selten werden geringfügige Nebenwirkungen wie Juckreiz oder Übelkeit beobachtet. Stärkere Unverträglichkeitsreaktionen sind äußerst selten. Extrem selten kann es bei Patienten mit gestörter Nieren- und Leberfunktion zu einer schwerwiegenden nicht behandelbaren Bindegewebserkrankung, der „nephrogenen systemischen Fibrose“ (NSF) durch das MRT-Kontrastmittel Gadolinium kommen. Neuere medizinische Veröffentlichungen berichten von möglichen Ablagerungen von Spuren von Kontrastmittelbestandteilen (Gadolinium) in bestimmten Kerngebieten des Gehirns bei häufiger (mindestens 5-maliger) Anwendung sogenannter linearer Kontrastmittel. Bei makrozyklischen Kontrastmitteln ist dieser Zusammenhang allerdings nicht beschrieben worden. In unserer Praxis werden deshalb ausschließlich makrozyklische Kontrastmittel verwendet.

**Bitte beantworten Sie die Fragen auf Seite 2**

**Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden:**

.....

Seit **wann** bestehen die Beschwerden? .....

	Ja	Nein
<b>Wurde bereits eine CT oder MRT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt?</b> Wenn ja, wann und wo?  <i>Voraufnahmen bitte vorlegen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Unfall/ Sturz, der mit der heutigen Untersuchung zusammenhängt?</b>  Wann genau?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wurden Sie im Untersuchungsbereich operiert?</b> Wenn ja, wann und weshalb?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Liegt eine bekannte Tumor- bzw. Krebserkrankung vor?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Traten bei früheren MRT - Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf?</b> Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine <b>Allergie oder eine Überempfindlichkeit</b> gegenüber Medikamenten, Pflaster oder Kontrastmitteln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine starke Einschränkung der <b>Nierenfunktion oder eine andere Nierenerkrankung?</b> Ist der Nierenfunktionswert bekannt (GFR, Kreatinin)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauen im gebärfähigen Alter; Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Wurden bei Ihnen eines der folgenden Geräte implantiert? Implantatausweis?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher / Defibrillator (AICD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstlicher Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäßclips (Aneurysma-Clips) im Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäßstützen (Stents)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innenohrprothese (Cochlear Implant), Mittelohrprothese (Gehörknöchelchenersatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulationssonden, z.B. Parkinson-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentenpumpen; z.B. Insulinpumpe, Schmerzmittelpumpe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventrikleshunt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnsperre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piercing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanent-Make-up / Tätowierungen - Haarfärbespray	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metallsplitter und – Fremdkörper - metallverarbeitender Beruf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Port Katheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gliedmaßenprothesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstliche Gelenke (Knie, Hüfte, Schulter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intrauterinpessar („Spirale“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Datenschutz:**

Ich bin damit einverstanden, dass die radiologischen Untersuchungsergebnisse meinem/r überweisenden Arzt/Ärztin bzw. der überweisenden Klinik übermittelt werden und dass mein Hausarzt und andere mich behandelnde Ärzte die für die radiologische Behandlung erforderlichen Daten und Befunde übermitteln. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärungen jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

**Patienteninformationsverpflichtung:**

Diese Unterlage wird bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens anzubieten. Wenn Sie darauf verzichten möchten, bitte hier ankreuzen.

**Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Datum: ..... Unterschrift: .....

Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter/e

.....

Unterschrift Arzt