



Aufklärungsbogen für Patienten zur Magnetresonanztomographie (MRT)

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.



Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung nach DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zur optimalen Unterstützung Ihrer Behandlung bitten wir um Vorlage vorhandener Voruntersuchungen, sofern diese nicht bei uns in der Radiologie durchgeführt wurden. Darüber hinaus bitten wir Sie um ihr Einverständnis um Ihre radiologischen Aufnahmen sowie andere relevante Informationen unter Berücksichtigung der geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen im Sinne von Art.32 DSGVO zur Weiterbehandlung an Ihre überweisenden oder weiterbehandelnden Ärzte oder zur Einholung einer Zweitmeinung oder einer Expertenmeinung an einen spezialisierten Arzt oder ein medizinisches Zentrum digital übermitteln zu dürfen. Darüber hinaus möchten wir Sie um Ihre Zustimmung bitten, dass ihre Bilddaten und Befunddaten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet und z.B. insbesondere an Doktoranden oder wissenschaftlichen Mitarbeiter weitergegeben werden können.

Patienteninformationsverpflichtung:

Diese Unterlage wird bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens anzubieten. Wenn Sie aus Gründen des Umweltschutzes 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 bzw. eventuellen Kontrastmittelgabe und der Datenverarbeitung einverstanden.

Datum: Unterschrift:
Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter/e

.....
Unterschrift Arzt

Einwilligungserklärung:

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt aus der Radiologie Berlin Schöneberg meine radiologischen Aufnahmen und relevante Informationen (wie Ihren Befundbericht, Krankengeschichte, Laborwerte, Laborergebnisse und weitere medizinische Befunde) und andere Daten über meine Person (Name, Vorname, ...) an meine behandelnden Ärzte bzw. Klinik oder zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung übermitteln kann. Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte sowie die beteiligten Ärzte hierfür von der ärztlichen Schweigepflicht.

Außerdem willige ich der Datenverarbeitung für oben angegebenen Zwecke im Rahmen von wissenschaftlichen Auswertungen in anonymisierter oder pseudonymisierter Form zu. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig. Ich kann sie jederzeit schriftlich oder in anderer Textform ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise gegenüber der Praxis widerrufen. Nach Eingang des Widerrufs erfolgt keine weitere Übermittlung meiner Daten. Die Verarbeitung meiner Daten bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt rechtmäßig. Ein Widerruf oder die Nichterteilung meiner Zustimmung hat keine negativen Auswirkungen auf meine Behandlung in der Radiologie Berlin Schöneberg. Allerdings könnte dann der Befund an den behandelnden Kollegen und/oder eine Expertenmeinung oder Zweitmeinung dann nicht mehr eingeholt werden.



Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Ihr Name?
Aktuelle Beschwerden?
Seit wann bestehen die Beschwerden?

	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Unfall / Sturz , der mit der heutigen Untersuchung zusammenhängt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie im Untersuchungsbereich operiert ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann und weshalb?		
Liegt eine bekannte Tumor- bzw. Krebserkrankung vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis, TBC, AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Besteht eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten, Pflaster oder Nahrungsmittel? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traten bei früheren jodhaltigen CT - Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traten bei früheren MRT - Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine starke Einschränkung der Nierenfunktion oder eine andere Nierenerkrankung ? Nehmen Sie Antidiabetika vom Typ Metformin ein? <i>aktuelle Laborwerte bitte vorlegen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Störung der Schilddrüsenfunktion bekannt oder behandelt worden? (Überfunktion, Unterfunktion) Wenn ja, welche? <i>aktuelle Laborwerte bitte vorlegen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauen im gebärfähigen Alter; Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nur bei MRT-Untersuchung ausfüllen!

	Ja	Nein
Wurden bei Ihnen eines der folgenden Geräte implantiert? Implantatausweis?	<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, Piercing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanent-Make-up / Tätowierungen - Haarfärbespray	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metallsplinter und – Fremdkörper - metallverarbeitender Beruf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Port Katheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstliche Gelenke (Knie, Hüfte, Schulter), Gliedmaßenprothesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intrauterinpeppar („Spirale“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum: Unterschrift: