

Name:

Vorname:

geb:

Gewicht:

(bitte **korrekte** Angabe!)

**Durch Notfallpatienten können die Bestellzeiten nicht immer eingehalten werden.
Wir bitten um Ihr Verständnis.**

Aufklärungsbogen zur MRT-Untersuchung

Anstelle von Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen werden zur bildlichen Darstellung Ihres Körpers Radio-
wellen in einem Magnetfeld verwendet.

Das von Ihrem Körper zurückgesendete Echosignal wird von Spulen aufgefangen und einem Computer zuge-
führt, der daraus eine bildliche Darstellung Ihres Körpers errechnet.

Die Untersuchung wird in einem speziellen Raum durchgeführt. Die Zeit der Untersuchung richtet sich nach
der jeweiligen Fragestellung des Arztes und kann von 15 - 30 Minuten dauern. Während der direkten Messzeit
(sie dauert immer nur wenige Minuten) möchten Sie ruhig und entspannt liegen. In bestimmten Fällen ist es
notwendig, Kontrastmittel zu spritzen, um eine genauere bildliche Darstellung zu erreichen. Durch die Injektion
kann es, trotz größter Vorsicht, zu Verletzungen von Nerven und Adern mit Bluterguss oder zur Nachblutung
sowie zu Infektionen kommen.

Ein bestimmter Personenkreis kann mit dieser Methode leider **nicht** untersucht werden.

Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen:

1. Sind oder waren Sie Träger eines Herzschrittmachers, Defibrillators,
Magenschrittmachers, Hirnschrittmachers oder ähnliches? ja nein
☛ **Eine Untersuchung ist bei Patienten mit einem Herzschrittmacher
oder Defibrillator absolut nicht möglich.**
2. Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile? ja nein
(Metallprothese, Stents, Gefäßclips, Spirale, Zahnimplantate
Granatsplitter o. ä.)
3. Besitzen Sie eine Tätowierung? ja nein
4. Sind Sie früher einmal operiert worden? ja nein
Wenn ja, **wann** und welches Organ und Körperteil?
.....
5. Wurde bei Ihnen eine Organtransplantation durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welches Organ?
6. Besteht eine Einschränkung der Nierenfunktion? ja nein
7. Ist bei Ihnen ein gesteuertes Hirnventrikelventil verlegt worden? ja nein
8. Sind Sie Träger einer Insulinpumpe, eines Kochleaimplantates oder
eines anderen Implantates bzw. einer Prothese (außer Zahnprothese)? ja nein

9. Besteht bei Ihnen eine Allergie?
(Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pollen, Nahrungsmittel o. ä.) ja nein

10. Wurde bei früheren Untersuchungen Kontrastmittel in die Venen oder Arterien verabreicht? ja nein

11. Leiden Sie an einem erhöhten Augeninnendruck, Glaukom oder auch grüner Star genannt?
ja nein

12. Sind akute oder chronische Infektionskrankheiten wie Hepatitis, AIDS oder Tuberkulose bekannt? ja nein unbekannt

13. Nur für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht bei Ihnen gegenwärtig eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, im wievielten Monat?

In den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft kann keine MRT-Untersuchung durchgeführt werden! Kontrastmittel kann bis Ende der Schwangerschaft nicht gegeben werden!

Stillen Sie derzeit? ja nein

Auch bei nicht bekannter Allergie kann es, allerdings sehr selten, zu leichten allergischen Reaktionen kommen. Sollten bei Ihnen neben kurzfristigem Hitze- oder Übelkeitsgefühl zusätzlich Nies- oder Juckreiz, Hautquaddeln, ein Beklemmungsgefühl oder Schwellungen der Schleimhäute auftreten, kann man diese Reaktionen durch Medikamente beherrschen. Selbst auf einen selten auftretenden Kreislaufschock sind wir hier in der Praxis gut vorbereitet. Die sehr seltene Nebenwirkung einer NSF (nephrogene systematische Fibrose) ist bisher nur bei Menschen mit einer hochgradig eingeschränkten Nierenfunktion aufgetreten. Sollte das bei Ihnen der Fall sein, werden wir auf die Kontrastmittelinjektion verzichten.

Wir sind aufgrund gesetzlicher Bestimmungen verpflichtet, Ihnen alle Nebenwirkungen zu schildern. Es muss aber gleichzeitig betont werden, dass eine Ablehnung des Kontrastmittels die Aussagekraft dieser Untersuchung einschränkt, so dass ein für Ihre Gesundheit gefährlicher Prozess eventuell nicht frühzeitig erkannt werden könnte.

Sollten Sie diesbezüglich weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte direkt an den Arzt.

Vor dem Betreten des Untersuchungsraumes müssen folgende Gegenstände abgelegt werden:

- Zahnprothese, Piercing, Hörgeräte, Brille, Uhr, Schmuck, Kleidung mit Metallteilen
- Scheckkarten, Geldbörsen
- Münzen, Kugelschreiber, Schlüssel, Haarspangen u. ä.

Ich willige in die Untersuchung ein und bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse meinem/-er überweisendem/-n Arzt/Ärztin oder Klinik übermittelt werden. Dieses Informationsblatt wird bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Vormund

Dieser Aufklärungsbogen wurde maschinell erstellt und benötigt keine ärztliche Unterschrift