

Aufklärungsbogen Kernspintomographie (MRT)

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Datum der Untersuchung

Größe/ Gewicht

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden von Ihrem behandelnden Arzt zu einer Durchführung einer Kernspintomographie („MRT“) überwiesen. Wir bitten Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die Fragen zu beantworten.

Was ist eine MRT (Kernspintomographie)?

Mit der Magnetresonanztomographie wird der Körper ohne Röntgenstrahlen untersucht. Bei der Untersuchung werden starke Magnetfelder und kurzdauernde Radiowellen eingesetzt. Die Signale, die dabei aus dem Körper empfangen werden, werden mit einem Computer ausgewertet. Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei und schädliche Auswirkungen sind derzeit nicht bekannt.

Wann darf keine MRT-Untersuchung durchgeführt werden?

MRT-Untersuchungen bei Patienten mit Herzschrittmacher und ähnlich elektronischen Geräten, behalten wir uns vor, nicht durchzuführen, da die Geräte in ihrer Funktion gestört werden können.

Was müssen Sie vor der Untersuchung beachten?

Gegenstände aus Metall (z. B. Schmuck, Hörgeräte, Geld, Schlüssel, Mobiltelefone, Gürtel) dürfen nicht mit in den Untersuchungsraum genommen werden. EC- und Kreditkarten werden vom Magneten unbrauchbar gemacht.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Auf einer Liege werden Sie in das Gerät gefahren. Um gute Bilder zu erhalten, ist es wichtig, dass Sie ruhig liegen. Es treten laute Geräusche und Vibrationen auf. Daher erhalten Sie einen Gehörschutz. Sollten Sie sich unwohl fühlen, können Sie sich mit einer Klingel bemerkbar machen. Wir beobachten Sie während der gesamten Untersuchung. Jede Untersuchung wird individuell angepasst. In der Regel beträgt diese jedoch ca. 20 bis 30 Minuten.

Ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich?

Bei bestimmten Fragestellungen ist eine Kontrastmittelgabe in eine Vene notwendig. Dazu muss eine Verweilkanüle in eine Armvene gelegt werden. Selten können Nierenfunktionsstörungen auftreten. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass ca. 99 % der Patienten keine Nebenwirkungen nach Kontrastmittelverabreichungen haben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendig diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Wurde bei Ihnen schon einmal eine MRT-Untersuchung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Gibt es Voraufnahmen vom Untersuchungsbereich? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann und wo durchgeführt? _____

Haben Sie Platzangst? ☐ ja ☐ nein

Für Frauen: **Sind Sie schwanger?** ☐ ja ☐ nein **Stillen Sie?** ☐ ja ☐ nein

Tragen Sie folgende Metalle/ Implantate im bzw. am Körper?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Herzschrittmacher/ Defibrillator | ☐ Herzklappe | ☐ Cochlea- Implantat |
| ☐ Mittelohrimplantat | ☐ Piercing (Entfernen!) | ☐ Spirale |
| ☐ Metall-/ Granatsplitter | ☐ Insulin-Schmerzpumpe | ☐ Zahnimplantate |
| ☐ sonstiges: _____ | ☐ ich trage keine Implantate | |

Welche Beschwerden haben Sie im Untersuchungsbereich und seit wann?

☐ links ☐ rechts ☐ mittig

☐ ich habe **keine** Beschwerden

Schmerzen in/ bei: ☐ Ruhe ☐ Belastung ☐ Strecken ☐ Beugen ☐ Drehen

Hatten Sie einen Unfall/ Verletzung in diesem Zusammenhang? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____ was ist passiert? _____

Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welches Jahr und weshalb? _____

Operationen allgemein und in den letzten 3 Monaten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welches Jahr und weshalb? _____

Wurden Sie vor kurzem tätowiert? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____

Folgende Erkrankungen sind bei mir bekannt:

- | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| ☐ Infektionskrankheiten | ☐ Hepatitis | ☐ Tuberkulose | ☐ HIV | ☐ Sonstiges |
| ☐ Tumor/ Krebserkrankungen welche? _____ seit wann? _____ | | | | |
| ☐ wie wurden Sie therapiert? ☐ OP ☐ Chemotherapie ☐ Bestrahlung | | | | |
| ☐ Nierenerkrankungen/ Einzelniere falls ja, welche? _____ | | | | |
| ☐ Allergie gegen Medikamente falls ja, welche? _____ | | | | |
| ☐ bei mir sind keine Vorerkrankungen bekannt | | | | |

Haben Sie bei früheren Untersuchungen allergisch auf MRT-Kontrastmittel reagiert? ☐ ja ☐ nein

Sonstige Anmerkungen: _____

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

Datum Unterschrift Patient/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Erziehungsberechtigter

Datum Unterschrift Arzt/ Vertreter