



Patient hat den Aufklärungsbogen erhalten.

Patient möchte keinen Aufklärungsbogen.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

zu untersuchende Körperregion: _____

ohne Kontrastmittel

Dr. med. Beate Rehbock

Fachärztin für
Diagnostische Radiologie

Privatpraxis für
Diagnostische Radiologie
und Begutachtung

Bismarckstr. 45-47

10627 Berlin

Telefon 030 27 59 42 50

Telefax 030 27 59 41 64

info@radiologie-lunge-berlin.de

Patientenaufklärung über die Magnetresonanztomographie (MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit der Kernspintomographie (MRT), ist es möglich, mit Radiowellen an Stelle von Röntgenstrahlen vielfältige Schnittbilder des gesamten menschlichen Körpers zu erstellen. Sie liegen während der Untersuchung in einem 1,5 Tesla starkem Magnetfeld.

Die nach Anregung durch einen Radiowellenimpuls aus dem Körper austretenden Signale empfangen spezielle Antennen (Spulen). Ein Computer verrechnet die Signale in digitale Bilder.

Mögliche Komplikationen: Schädliche Auswirkungen auf den Menschen bei dieser Art von Geräten sind bisher nicht bekannt. Äußerst selten können leichte Kopfschmerzen oder ein Wärmegefühl auftreten, dass sich von selbst bessert. Manche Patienten können eventuell unter aufkommender Platzangst leiden.

Bestimmte Personen können mit der Kernspintomographie nicht untersucht werden oder nur unter bestimmten Voraussetzungen.

Deshalb beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

(Bitte zutreffendes einkreisen!)

1. Körpergröße: _____ cm / Gewicht: _____ kg
2. Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers? ja nein
3. Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja nein
4. Haben Sie Metallteile in Ihrem Körper, wie z.B. Prothetik, Insulinpumpe, Ohrimplantate, Gefäßclips, Granatsplitter, Port, Spirale, Zahnspange und Nadeln?
Weiteres: _____ ja nein
5. Tragen Sie ein Piercing? ja nein
6. Wurden Sie an Kopf oder Herz schon einmal operiert? ja nein
7. wenn ja, wann und was _____
8. Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie? ja nein
9. Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wie z.B. Heuschnupfen, gegen Penicillin, Jod, Pflaster, lokale Betäubungsmittel, Kontrastmittel oder anderes? ja nein
10. Besteht bei Ihnen eine chron. infektiöse Erkrankung (HIV, Hepatitis, TBC)? ja nein
11. Leiden Sie unter Tinnitus / Ohrgeräusche? ja nein
12. Haben Sie Angst in engen Räumen? ja nein
13. Haben Sie Tätowierungen? ja nein
14. Haben Sie metallischen Schleifstaub in den Augen? ja nein
15. Sind Sie Träger künstlicher Augenlinsen? (keine Kontaktlinsen) ja nein
16. Tragen Sie magnetischen Zahnersatz? ja nein
17. Traten bei früheren Kontrastmittelgaben Nebenwirkungen auf? ja nein

Metallteile, die am Körper getragen werden, müssen vor Betreten des Untersuchungsraumes abgelegt werden.

**Bitte bringen Sie frühere Aufnahmen
der zu untersuchenden Körperregion
zur Untersuchung mit.**

Die Untersuchung:

Vor der Untersuchung müssen Sie alle metallischen Gegenstände in der Umkleidekabine ablegen, einschließlich sämtlicher magnetischer Karten, die Sie bei sich führen (z.B. Scheck- oder Kreditkarten).

Die Untersuchung erfolgt liegend in bequemer Position. Bitte liegen Sie ruhig und entspannt.

Bitte weisen Sie beim Lagern auf Druckstellen oder ähnliche lästige Dinge hin, bevor Sie in die Untersuchungsöffnung des Gerätes gefahren werden. Sie erhalten Kopfhörer oder Ohrstöpsel zur Lärmreduktion.

Während der Untersuchung werden Sie ständig überwacht. Es besteht Sichtkontakt.

Für wichtige Meldungen bekommen Sie einen Alarmknopf in die Hand und können außerdem über eine Sprechanlage mit dem Bedienpersonal kommunizieren.

Das vom MRT ausgehende, harmlose, eventuell unangenehm laute Geräusch wird durch Kopfhörer gemildert.

Wichtig ist während der Untersuchung absolut still zu liegen, um nicht die Qualität der Bilder zu mindern und um Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden.

Folgen Sie bitte korrekt den Atemkommandos der Assistentinnen. Bitte die Lagerungsposition nicht verändern.

Eine Untersuchung kann bis zu 20 Minuten dauern. Für bestimmte Untersuchungen des Bauches, ist es notwendig ein Mittel gegen Darmbewegungen zu verabreichen. Dieses kann Ihre Verkehrstauglichkeit beeinträchtigen.

In Ausnahmefällen können vorübergehende, äußerst selten auch bleibende Hörgeräusche und evtl. auch Tinnitus oder Kopfschmerzen auftreten. Tattoos und Make-Up u.ä. können Hautreizungen verursachen.

Kontrastmittel:

Die Kontrastmittel für die Magnetresonanztomographie enthalten kein Jod und sind verträglicher als die Röntgenkontrastmittel.

Diese so genannten paramagnetischen gadoliniumhaltige Kontrastmittel werden angewendet, um Blutgefäße, Organe oder Körperhöhlen genauer zur Darstellung zu bringen und damit bestimmte Erkrankungen besser nachzuweisen zu können. Das Kontrastmittel wird in der Regel in eine oberflächlich gelegene Vene (z.B. Ellenbeuge) verabreicht. Hierbei kann es manchmal zu einem lokalen Wärme- oder Schmerzgefühl kommen.

Nebenwirkungen können äußerst selten und meist nur vorübergehend auftreten wie:

- Kopfschmerzen, Schwindel, Schüttelfrost
- Übelkeit, Erbrechen, Hautrötung, Hitzegefühl, Hautreizungen
- Geschmacks- oder Empfindungsstörungen
- Kollapsneigung, Blutdruckabfall
- sehr selten Krampfanfälle und schwere allergische Reaktionen, die u.U. lebensbedrohlich sein können oder auch zu bleibenden Schäden führen können.

Selten kann es an der Einstichstelle der KM-Applikation zu Bluterguss, Infektion oder Nervenschädigungen kommen.

Extrem selten kann es bei Patienten mit gestörter Nieren- oder Leberfunktion zu einer schwerwiegenden, nicht behandelbaren Bindegewebserkrankung (nephrogene systemische Fibrose: NSF) durch das MRT-Kontrastmittel (Gadolinium) kommen. In der Folge können auch die inneren Organe beschädigt werden, die Gelenke an Beweglichkeit verlieren und die Krankheit unter Umständen tödlich verlaufen. Falls Sie ein Nieren- oder Leberleiden haben, teilen Sie dies deshalb unbedingt dem Arzt mit.

1. Leiden Sie an einem Nieren- oder Leberleiden? ja nein

2. Sind bei Ihnen Organtransplantationen (insbesondere der Leber) vorgesehen? ja nein

Melden Sie aufkommende Beschwerden während der Untersuchung bitte sofort!

Bitte nach der Untersuchung viel trinken (Wasser).

Bei Unwohlsein bitte umgehend den Arzt verständigen.

Zur Beantwortung weiterer Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Ärztliche Anmerkungen:

Ich bin über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden, ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung einschließlich evtl. Kontrastmittelgaben ein.

Ich bin mit der Befundübermittlung an den überweisenden Arzt einverstanden.

Ich willige nicht in die Untersuchung ein und bin darüber aufgeklärt worden, dass sich dadurch die Diagnose und Behandlung einer Erkrankung verzögern oder erschweren können.

Ort, Datum, Uhrzeit _____

Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten: _____

Unterschrift Ärztin / Arzt: _____