

# Aufklärungsbogen: Kernspintomographie (MRT)

Name, Vorname:

Telefonnummer:

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden von Ihrem behandelnden Arzt zu einer MRT-Untersuchung an unsere Praxis überwiesen. Mithilfe von Magnetfeldern und Radiowellen ermöglicht die MRT detaillierte Aufnahmen, um krankhafte Veränderungen erkennen zu können. Das Schalten der Magnetfelder wird als Klopfen hörbar. Zur Vermeidung einer Lärmbelästigung können wir Ihnen Gehörschutzstöpsel oder einen Kopfhörer zur Verfügung stellen. Abgesehen von gelegentlichen Wärmeentwicklungen sind bislang keine gesundheitlichen Risiken durch die Kernspintomographie bekannt.

## Untersuchungsablauf

Die Untersuchung wird in einem 70cm messenden hellen, tunnelartigen Magneten durchgeführt. Die Untersuchung dauert üblicherweise etwa 20 Minuten. Es ist notwendig, dass Sie absolut ruhig liegen.

Sollten Sie ein *Beruhigungsmittel* benötigen, melden Sie sich dazu an der Anmeldung. Beachten Sie bitte, dass Sie dann eine Begleitperson mitbringen, die Sie nach Hause geleitet und dass Sie bis zum Folgetag kein Kraftfahrzeug fahren dürfen.

Bitte bringen Sie am Untersuchungstag die Überweisung Ihres Arztes und Ihre Versicherungskarte mit. Sorgen Sie dafür, dass für die Untersuchung relevante ärztliche Unterlagen (z.B. Voruntersuchungen, Arztbriefe) vorliegen, da dies die Qualität der Untersuchung unter Umständen deutlich erhöht.

Alle magnetisierbaren Teile müssen dem Untersuchungsraum ferngehalten werden. Hierzu zählen Druckknöpfe, Haarklammern, Reißverschlüsse, Nieten, Ketten, Münzgeld, Schlüssel, Scheck-/Parkkarten und andere Datenträger, Handy, Uhren, Hörgeräte, Brillen, Ohringe, Piercings und BH. Insulin- und Schmerzpumpen dürfen ebenfalls nicht in den Untersuchungsraum genommen werden. Patienten mit Herzschrittmacher, Defibrillator, Gehör-Implantat oder mechanischer Herzklappe dürfen nicht im Magnetfeld untersucht werden. Ausnahmen sind abhängig vom Hersteller. **Untersuchung nur mit Vorlage eines entsprechenden Ausweises bzw. Nachweis der Modifikation des Implantats in einen speziellen MRT-Modus unmittelbar vor der Untersuchung.**

## Kontrastmittel

Für eine optimale Untersuchung kann es notwendig werden, Ihnen Kontrastmittel in eine Vene zu verabreichen. Dies wird im Allgemeinen sehr gut vertragen, ohne dass man die Injektion spürt. Es können in Einzelfällen allergische Reaktionen, auch mit Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System auftreten. Bei gestörter Nierenfunktion darf das Kontrastmittel nicht verabreicht werden. Falls eine Verwendung von Kontrastmittel geplant ist, bringen Sie zur Untersuchung den Laborwert „Kreatinin“ mit.

**Bitte informieren Sie uns bereits vor der Untersuchung, wenn bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie vorliegt.**

**Wir bitten Sie um die Beantwortung einiger wichtiger Fragen vor der Untersuchung:**

- Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ Kreatininwert: \_\_\_\_\_
- Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt?  Nein  Ja
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher / künstliche Herzklappe / Defibrillator / Gehörimplantat / Insulinpumpe / Schmerzpumpe / Zahnprothesen?  Nein  Ja
- Was ist der Grund der heutigen Untersuchung bei Ihnen? Haben Sie eine Verletzung im Untersuchungsgebiet?

---

---

- Sind bei Ihnen Operationen im Untersuchungsgebiet bereits durchgeführt worden? Welche? Wann?

---

- Welche wesentlichen Grunderkrankungen liegen bei Ihnen vor? (z.B: Diabetes, Hepatitis, HIV, Tumor, Nierenerkrankung, Allergie)

---

- Für Patientinnen: Eine Schwangerschaft ist sicher ausgeschlossen.  Ja  Nein

- Ihre Daten werden in unserer Praxis nach der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Bestimmungen vertraulich behandelt. **Eine Befundbenachrichtigung erfolgt automatisch an Ihren überweisenden Arzt am heutigen Tage.**

- Zusätzlicher Befundbericht an: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich die Erläuterungen sorgfältig gelesen und zur Kenntnis genommen habe und willige in die Untersuchung ein.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Einer eventuellen Gabe von Kontrastmittel  stimme ich zu /  lehne ich ab.

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch vor der Untersuchung.

Vermerke (vom Arzt auszufüllen): \_\_\_\_\_

Limburg / Weilmünster, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient:

Unterschrift Arzt: