

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Magnetresonanztomographie (MRT), auch Kernspintomographie genannt, ist ein Verfahren mit dem ohne Anwendung ionisierender Strahlen (Röntgenstrahlen) Schnittbilder des menschlichen Körpers angefertigt werden. Nach derzeitigem Wissensstand sind schädliche Auswirkungen durch dieses Verfahren auf den menschlichen Körper nicht bekannt. Von **Untersuchungen ausgeschlossen** sind Patienten, die einen MR-untauglichen **Herzschrittmacher/Defibrillator** tragen.

Für die Untersuchung werden Sie in einen an beiden Seiten offenen Tunnel gefahren, der gut beleuchtet und belüftet ist. Die gesamte Untersuchungszeit beträgt bis zu 20 - 40 Min., die einzelnen Messvorgänge jeweils 3-5 Min. Währenddessen hören Sie anhaltend monotone, laute Klopfgeräusche. Mittels einer **Sprecheinrichtung** und einer **Klingel** bleiben wir mit Ihnen in Kontakt. Für eine optimale Untersuchung ist es unerlässlich, dass Sie **während der gesamten Zeit möglichst ruhig liegen**. Selbst kleine Bewegungen zerstören das Bild und machen eine Beurteilung unmöglich. **Während der Untersuchung** liegen Sie bitte ruhig und entspannt. Über einen Lautsprecher erhalten Sie ggf. Atemkommandos, wenn Sie für spezielle Messungen etwas länger ein- oder ausatmen oder auch für kurze Zeit die Luft anhalten sollen.

**Vorsicht ist geboten:** Nach Implantationen von Medikamentenpumpen, nach Operationen am Kopf wegen Gefäßmissbildungen oder Gehörknöchelchenerersatz, Granatsplittersplinterverletzungen und Metallsplintern im Kopf. Bei vorhandenem Implantat legen Sie uns bitte Ihren Patientenausweis vor.

**Informieren Sie uns bitte unbedingt** auch, wenn Sie am Herzen operiert sind, Metallplatten, Nägel oder künstliche Gelenke tragen, oder wenn Sie an Allergien leiden.

**Vor der Untersuchung** bitten wir Sie, alle **Metallgegenstände** z.B. Schmuck, Geldstücke, Schlüssel, Taschenmesser, Uhr, Zahnprothese, Hörhilfen, Brille und auch Magnetartikel wie z.B. Scheckkarten in der Kabine zu lassen. **Transdermale Pflaster** müssen **entfernt** werden.

**Bei Tattoos, Make-Up oder Permanent-Make-Up kann es zu Hitzewahrnehmungen durch enthaltene Metallpartikel kommen. In diesem Fall muss die Untersuchung unterbrochen oder vollständig abgebrochen werden.**

Unter Umständen ist zur genauen Abklärung des Befundes die Gabe eines **Kontrastmittels** über eine Armvene erforderlich. Die zur MRT verwendeten, **nicht jodhaltigen** Kontrastmittel sind im Allgemeinen gut verträglich und **Nebenwirkungen sind extrem selten**. Dennoch können bei **Allergie** oder **Überempfindlichkeit** vorübergehend Schwellung, Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Schwindel, Übelkeit oder Erbrechen und ähnliche leichtere Reaktionen auftreten. Atemnotzustände, Herzkreislaufkollaps bis hin zum Herzstillstand sind mögliche, aber äußerst seltene Reaktionen. Ferner kann in seltenen Fällen an der Einstichstelle eine Nervenirritation oder eine Thrombose entstehen.

Das Kontrastmittel wird vom Körper größtenteils wieder über die Nieren ausgeschieden. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass es zu Ablagerungen in bestimmten Geweben kommen kann, so z.B. in Leber, Niere, Muskulatur, Haut und Knochen. Neuere Untersuchungen berichten auch über Ablagerungen im Gehirn (jedoch in deutlich geringerem Ausmaß wie in den anderen Körperregionen). Bislang sind jedoch **keine Nebenwirkungen** durch diese Ablagerungen bekannt. Dennoch prüfen wir aufgrund dieser Tatsache die Notwendigkeit einer Kontrastmittelgabe **sehr kritisch** und verabreichen Ihnen nur Kontrastmittel, wenn der Nutzen etwaige Risiken übersteigt.

**Bitten geben Sie unseren Mitarbeitern Bescheid, wenn Sie noch Fragen an den Arzt haben.**

**Notizen:** \_\_\_\_\_

Nach heutigem Kenntnisstand ist die Kontrastmittelmenge, die in die Muttermilch bei Stillenden übertritt so gering, dass keine Gefahr für den Säugling zu bestehen scheint. Bei nicht notfallmäßigen Untersuchungen wird jedoch sicherheitshalber eine 24-48-stündige Stillpause angeraten.

Bei hochgradig eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 30 ml/min) kann die Kontrastmittelgabe in sehr seltenen Fällen eine sogenannte nephrogene systemische Fibrose auslösen, so dass in diesem Fall kein Kontrastmittel verwendet wird.

**Nach einer Untersuchung** mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe trinken Sie bitte reichlich (z.B. Tee, Mineralwasser, Saft), damit das Kontrastmittel schneller ausgeschieden wird.

**Bitte verständigen Sie sofort Ihre(n) Ärztin/Arzt, wenn Übelkeit, Durchfall, Unwohlsein, Schwindel, Niesreiz, Hautausschlag, Schmerzen oder andere Beschwerden während oder nach der Untersuchung auftreten. Bei erheblichen Beschwerden bitte den Notarzt rufen, falls Ihr(e) Ärztin/Arzt nicht erreichbar ist.**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig, damit wir Risiken besser vorbeugen können.  
Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir gerne beim Ausfüllen.

Ist schon eine **Kernspintomographie mit Kontrastmittel** bei Ihnen durchgeführt worden? Nein  Ja   
Wenn JA, haben Sie das **Kontrastmittel gut vertragen**? Nein  Ja

Haben Sie eine **Nierenfunktionserkrankung** (z.B. Kreatininwerterhöhung)? Nein  Ja

**Allergie bekannt**, z. B. Heuschnupfen, Asthma oder Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, gegenüber Medikamenten, Jod, örtlichen Betäubungsmitteln, Pflaster, Latex... ? Nein  Ja

oder: \_\_\_\_\_

Falls Sie einen **Allergiepass** besitzen, bitte vorlegen

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe, Defibrillator**? Nein  Ja

Falls Sie einen **Ausweis** besitzen, bitte vorlegen.

Haben Sie metallische Gegenstände (z.B. Nägel, Platten, Stent, Spirale) im Körper? Nein  Ja

Welche Gegenstände? \_\_\_\_\_

Falls Sie einen **Prothesen-/Implantatausweis** besitzen, bitte vorlegen.

Bei Gelenk-MRT: Sind Sie am **zu untersuchenden Gelenk** operiert worden? Nein  Ja

Was wurde gemacht? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

**Arthroskopie** (Gelenkspiegelung): Wann? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine **Tumorerkrankung** bekannt? Nein  Ja

Wenn ja, welche/wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer ansteckenden Infektionskrankheit (Hepatitis B/C, HIV, Tbc)? Nein  Ja

Leiden Sie an Klaustrophobie (Angst in engen Räumen)? Nein  Ja

Bei **Frauen** im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein? Nein  Ja   
Stillen Sie? Nein  Ja

Tragen Sie bitte Ihr **Körpergewicht** \_\_\_\_\_ kg und **Körpergröße** \_\_\_\_\_ cm ein.

Laborwert: Krea: \_\_\_\_\_ / GFR: \_\_\_\_\_ (wird von der Praxis/Klinik ausgefüllt)

**Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die mündliche Aufklärung durch den Arzt verstanden. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur Krankenvorgeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Die oben beschriebene Verhaltensweise werde ich beachten. Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt; ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige ein. Mit evtl. erforderlichen Neben- oder Folgeeingriffen bin ich einverstanden.**

**Mündlich aufgeklärt durch:** \_\_\_\_\_ **am:** \_\_\_\_\_

1) Über die geplante Untersuchung bin ich ausführlich informiert worden und habe keine weiteren Fragen. Nach gründlicher Überlegung willige ich in die MRT-Untersuchung ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum **X** \_\_\_\_\_  
Patient(in) bzw. Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

2) Hiermit bestätige ich, dass ich durch einen Arzt über die Gabe eines **MRT-Kontrastmittels** mündlich aufgeklärt worden bin und erkläre mich mit der Gabe des MRT-Kontrastmittels einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum **X** \_\_\_\_\_  
Patient(in) bzw. Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

**Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser/diese mit seiner/ihrer Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderem Elternteil handelt.**