

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, Piercings, Geldstücke, Schlüssel, Taschenmesser, Uhr, Zahnprothese, Hörhilfen, Brille und auch Magnetartikel wie z.B. Scheckkarten in der Kabine zu lassen. **Transdermale Pflaster und Insulin-Pumpen sowie Sensoren** 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: _____

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, usw.) 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)

Untersuchungsvorbereitung: Bitte durch Stationsdienst KHS / Zuweiser ausfüllen und unterschreiben:

Zu den bekannten Kontraindikationen wurde der Patient befragt. Der Patient ist über die diagnostische Maßnahme informiert und grundsätzlich einverstanden.

Datum _____ Arzt _____ Tel-Nr _____ Unterschr. _____

Die **Aufklärung durch den Arzt (Rad/NUK)** habe ich verstanden sowie den Aufklärungsbogen gelesen. Alle mich interessierenden Fragen konnte ich stellen, welche vollständig und verständlich beantwortet wurden.

Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet und werde die oben genannten Verhaltensweisen 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 (Arzt/Unterschrift): _____ **am:** _____

1) Einverständniserklärung für die MR-Untersuchung nach mündlicher Aufklärung durch den Arzt Rad/Nuk:

Ort, Datum **X** _____
Patient - bzw. Betreuende/Bevollmächtigte/Sorgeberechtigte Person

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 - bzw. Betreuende/Bevollmächtigte/Sorgeberechtigte Person

Unterschreibt ein Elternteil allein, wird mit der Unterschrift zugleich erklärt, dass das Sorgerecht ihm allein zusteht oder im Einverständnis mit dem anderem Elternteil gehandelt wird.