

Patient: Vor- und Zuname _____

Patienteninformation zur Kernspintomographie (MRT)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bei der MRT werden Bilder des Körperinneren von hoher diagnostischer Qualität erzeugt. Dies geschieht durch Wechselwirkung von Magnetfeldern und Radiowellen. Die Untersuchung ist schmerzfrei. Negative Auswirkungen auf den menschlichen Körper sind nicht bekannt.

Bei Patienten mit **Herzschrittmachern, Ohrimplantaten, Insulinpumpen** oder ähnlichen Implantaten darf eine MRT nur nach vorheriger Abklärung der MRT-Tauglichkeit durchgeführt werden.

Bitte legen Sie alle Metallteile (herausnehmbare Zahnprothesen, Uhren, Geld, Schlüssel, Gürtel, Haarspangen, Ohringe, BH usw.) und Datenträger (Scheck- und Kreditkarten) in der abschließbaren Umkleidekabine ab.

Zur Untersuchung liegen Sie auf einer bequemen Liege, die in den röhrenförmigen Magneten eingefahren wird.

Die Messungen sind mit einem lauten Brummen des Gerätes verbunden. Es ist **sehr wichtig, dass sie sich während der Messung nicht bewegen**, da ansonsten die Aufnahmen bewegungsunschärfe werden. Atmen Sie bitte ruhig und gleichmäßig mit möglichst geringer Körperbewegung. Es können Untersuchungen in unterschiedlicher Atemlage erfolgen, Sie werden dann Atemkommandos über die Sprechanlage erhalten. Die Untersuchung dauert 15 bis 20 Minuten.

Gelegentlich kann die Anwendung von **MRT-Kontrastmittel (KM)** zur besseren Differenzierung Ihrer Organe erforderlich werden. Das Kontrastmittel wird in eine Armvene injiziert; Nebenwirkungen oder Allergien sind sehr selten. Bei **Schwangeren** und bei Patienten mit **schwersten Nierenfunktionsstörungen** sollte das KM nur in Ausnahmefällen verwendet werden.

Abschließend beantworten Sie uns bitte noch die folgenden Fragen:

Wie schwer sind Sie? _____ Wie groß sind Sie? _____

Wurde ein Herzschrittmacher oder ein anderes elektronisches Gerät implantiert? Ja Nein

Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein

Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper (außer Zahnprothesen)? Ja Nein
(Granatsplitter, Metall- oder Gefäßprothesen, Op-Clips ...)

Wurden Operationen am Kopf, dem Herzen oder den Schlagadern durchgeführt? Ja Nein

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt (z. B. HIV, Hepatitis)? Ja Nein

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein Stillen Sie? Ja Nein

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit bereits eine Kernspintomographie oder Computertomographie mit Kontrastmittel durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, haben Sie es gut vertragen? Ja Nein

Datenschutzerklärung:

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis die erstellten Untersuchungsbefunde und Aufnahmen zum Zwecke meiner Behandlung den weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung stellt. Diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht kann ich jederzeit widerrufen.

Ja Nein Unterschrift _____

Einwilligungserklärung: Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden. Ich benötige keine weitere Bedenkzeit und willige ein:

Datum _____

Vor- und Zuname _____

Unterschrift _____

Ich bin darüber informiert, dass mir eine Kopie dieses Aufklärungsbogens zusteht. Ich wünsche eine Kopie: Ja Nein

Persönliches Aufklärungsgespräch

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Folgende Punkte wurden besprochen:

Unterschrift Patient

Unterschrift aufklärender Arzt