



Aufklärungsbogen für Kernspintomographie (MRT)

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
Gewicht: _____ kg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

auf Anweisung Ihres behandelnden Arztes soll bei Ihnen eine kernspintomographische Untersuchung erfolgen. Bei dieser Untersuchungstechnik werden keine Röntgenstrahlen eingesetzt.

Untersuchungsablauf

Der Kernspintomograph ist ein Gerät zur Herstellung von überlagerungsfreien Schnittbildern in beliebiger Orientierung aus allen Bereichen des menschlichen Körpers. Diese Bilder werden mittels Radiowellen in einem starken Magnetfeld erzeugt.

Während der Untersuchung, die ca. 20 Minuten dauert, werden Sie auf einer fahrbaren Liege in einer beleuchteten offenen Röhre positioniert und dem Magnetfeld ausgesetzt. Die Untersuchung ist schmerzfrei. Die Erzeugung der Radiowellen verursacht allerdings laute Brumm- oder Klopfgeräusche, daher bekommen Sie von uns einen Kopfhörer oder Ohrstöpsel als Gehörschutz.

Risiken der Untersuchung

Es sind keine gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen dieses Magnetfeldes bekannt. Jedoch können Metallteile, die im oder am Körper getragen werden, ihre Lage unkontrolliert verändern und so zu einer Gefahr werden. Auch Herzschrittmacher können durch das Magnetfeld und die Radiowellen in ihrer Funktion beeinträchtigt werden, so dass **Patienten mit einem Herzschrittmacher nicht untersucht werden können.**

In seltenen Fällen kann es zu Beklemmungsgefühlen kommen. Falls Sie unter Platzangst leiden, verständigen Sie uns bitte vor der Untersuchung. Wenn erforderlich kann dann ein Beruhigungsmittel eingesetzt werden. In diesem Fall kommen Sie bitte mit einer Begleitperson zur Untersuchung und dürfen mindestens 12 Stunden lang nach Gabe des Beruhigungsmittels kein Fahrzeug führen und keine Maschinen bedienen.

Noch offene Fragen können Sie mit dem Personal vor Untersuchungsbeginn besprechen. Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir Sie, folgende Fragen genau durchzulesen und zu beantworten.

Vorbereitung

Wichtig! Vor Betreten des Untersuchungsraumes legen Sie bitte auf Anweisung des Personals alle metallischen Gegenstände ab, die Sie am Körper tragen. Dazu gehören z.B. Armbanduhr, Brille, Hörgerät, Haarnadeln, Geldbörse, Schlüsselbund, Kugelschreiber, Ohrringe, Piercings sowie Schmuck, Gürtel und andere Kleidungsstücke mit Metallteilen. Nehmen Sie bitte auch keine Scheckkarten oder andere Magnetstreifenkarten mit in den Untersuchungsraum, da diese durch das Magnetfeld sonst unwiderruflich gelöscht werden!

Kontrastmittelgabe

Es kann unter Umständen notwendig werden, dass zur einwandfreien Diagnosestellung ein Kontrastmittel in eine Armvene injiziert werden muss. Sehr vereinzelt sind Nebenwirkungen durch dieses Kontrastmittel aufgetreten, die insgesamt aber geringer zu veranschlagen sind als bei einem jodhaltigen Kontrastmittel, wie es bei Röntgenuntersuchungen verwendet wird. Insbesondere kann es zu Kreislaufreaktionen kommen sowie zu Hautreaktionen. Falls erforderlich, wird von unserer Seite beim Auftreten von Nebenwirkungen ein Gegenmittel gespritzt.

Seit kurzem ist ein Zusammenhang zwischen MRT-Kontrastmitteln und der sogenannten nephrogenen systemischen Fibrose hergestellt worden. In seltenen Fällen kommt es bei Menschen mit eingeschränkter Nierenfunktion zu Fibrosierungen der Haut und des Bindegewebes der inneren Organe. Einige MRT-KM dürfen bei diesen Menschen nicht angewendet werden. Sollte eine Erhöhung des Kreatininwertes im Blut vorliegen ist eine genauere Untersuchung der Ausscheidungsfunktion erforderlich (Kreatinin-Klearance > 30ml/min).

Handschriftliche Ergänzungen:

Angaben zu bestehenden Risiken (bitte zutreffendes ankreuzen)

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja Nein

Ist eine **Nierenfunktionsstörung** bekannt? Ja Nein

Haben Sie **Metallimplantate** im Körper (**außer Zahnprothesen**)? Ja Nein

z.B. Metallprothesen, -clips, -nägel, -drähte, -stifte nach Operationen, Granat- oder Metallsplitter, Spirale, Pumpsysteme auf elektromagnetischer Basis.

Wenn ja, bitte genaue Angaben:

Tragen Sie eine **Intrauterine Spirale** (in seltenen Einzelfällen wurde eine Verlagerung der Spirale beobachtet, so dass diese nicht mehr funktioniert) oder fest sitzende Zahnspangen - Bracketts bzw. Retainer (es wurden Fälle mit Zahnschmelzverfärbung beobachtet).
Andere Zahnprothesen oder -implantate sind unproblematisch. Ja Nein

Wurden Sie bereits an Herz, Kopf, Wirbelsäule, Knie oder anderen Organen **operiert**? Ja Nein

Wenn ja, bitte genaue Angaben:

Traten bei früheren MRT-Untersuchungen mit **Kontrastmittel Reaktionen** auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)? Ja Nein

Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)..... Ja Nein

Besteht eine **Schwangerschaft** (nur für Frauen im gebärfähigen Alter)? Ja Nein

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis am Kulturbahnhof in Kassel zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die erstellten Untersuchungsbefunde an die weiterbehandelnden Ärzte weiterleiten darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ja Nein

Einwilligungserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Angaben zur Kernspintomographie-Untersuchung wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. Alle metallischen Gegenstände werde ich vor Betreten des Untersuchungsraumes ablegen. Ich bin über den Hergang und die oben genannten Risiken der Kernspintomographie-Untersuchung sowie einer ggf. erforderlichen Kontrastmittelgabe aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen mehr. Ich bin darüber informiert worden, dass ich im Falle der Gabe eines Beruhigungsmittels 12 Stunden lang kein Fahrzeug führen und keine Maschinen bedienen darf.

Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit meine Einwilligung zu der Untersuchung.

Kassel, den _____ Datum Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer _____ Arzt

Aufklärungsunterlagen

Ich wurde darüber informiert, dass ich nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe.

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.

Ich wünsche eine Kopie und bestätige, eine Kopie erhalten zu haben.

oder

Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer

Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer