

Name:

Größe:

Vorname:

Gewicht:

Geburtsdatum:

## 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 (Spezialuntersuchungen bis 40 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 unter den ambulanten Bedingungen in unserer Praxis nicht untersucht werden können.

Falls Sie unter Platzangst leiden, können Sie gerne in Absprache mit ihrem überweisenden Arzt ein Beruhigungsmittel einnehmen. In diesem Fall verständigen Sie uns bitte vor der Untersuchung und kommen Sie bitte mit einer Begleitperson. Sie dürfen mindestens 12 Stunden lang nach Gabe eines 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, Ohringe, 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 Diagnosestellung ein gadoliniumhaltiges Kontrastmittel in eine Armvene injiziert werden muss. Sehr vereinzelt treten Nebenwirkungen durch dieses Kontrastmittel auf. Es kann zu Übelkeit evtl. mit Erbrechen, Hautreaktionen und extrem selten zu Kreislaufreaktionen kommen. Falls erforderlich, wird von unserer Seite beim Auftreten von Nebenwirkungen ein Gegenmittel gespritzt.

Seit einigen Jahren ist ein Zusammenhang einer sogenannten ‚nephrogenen systemischen Fibrose (NSF)‘ mit einer mehrfachen Gabe von MRT-Kontrastmitteln bekannt. Bei dieser Erkrankung entstehen Fibrosierungen der Haut und evtl. des Bindegewebes der inneren Organe. Bisher ist diese Erkrankung fast ausschließlich bei Menschen mit deutlich eingeschränkter Nierenfunktion aufgetreten.

In letzter Zeit wurde zudem über Ablagerungen des Kontrastmittels im Gehirn berichtet. Dieses Phänomen wird aktuell wissenschaftlich untersucht und es konnten bisher keine gesundheitlichen Schädigungen hierdurch beobachtet werden.

Sowohl die NSF als auch die Ablagerungen im Gehirn betreffen nur bestimmte sogenannte lineare Kontrastmittel, die bei uns schon seit einigen Jahren nicht mehr eingesetzt werden.

## 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 oder am Körper (außer Zahnprothesen)**?.....  Ja  Nein

z.B. Metallprothesen, -clips, -nägeln, -drähte, -stifte nach Operationen,  
Granat- oder Metallsplitter, Spirale, Pumpsysteme auf elektromagnetischer Basis.  
Nach Möglichkeit äußere Prothesen ablegen und Personal darüber informieren.

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**?.....  Ja  Nein

### Aufklärungsunterlagen

Nach § 630e (2) Satz 2 BGB können Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens verlangen.

### 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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in oder Betreuer

\_\_\_\_\_  
Arzt