

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem behand. Arzt bzw. Ihrer Ärztin zu einer Magnetresonanztomographie-Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die unten angeführten Fragen zu beantworten. Der folgende Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das behandelnde medizinische Personal. Wie läuft die Untersuchung ab?

### Was ist eine Magnetresonanztomographie (MRT)?

Mit der MRT wird der Körper ohne RÖNTGENSTRAHLUNG UNTERSUCHT: Bei der Untersuchung werden durch starke Magnetfelder kurzdauernde Radiowellen erzeugt. Die Signale, die dabei aus dem Körper empfangen werden, werden mit einem Computer ausgewertet. Die MRT ist eine sehr zuverlässige und genaue Methode, trotzdem sind endgültige Diagnosen nicht in jedem Fall möglich. Die Untersuchung ist bei sachgemäßer Durchführung völlig schmerzfrei, und schädliche Auswirkungen sind derzeit nicht bekannt.

### Wie läuft die Untersuchung ab?

- Vor der Untersuchung müssen Sie in der Umkleidekabine sämtlichen Schmuck, Piercings, Brille, Zahnspangen/Zahnersatz, Hörgeräte, Haarspangen und BH ablegen. Sie müssen sich bis auf die Unterhose entkleiden. Sie erhalten wenn nötig von uns Spitalskleidung.
- Teilen Sie bitte vor der Untersuchung mit, ob Sie Permanent-Make-up oder Tätowierungen tragen.
- Sagen Sie bitte dem medizinischen Personal vor der Untersuchung, falls Sie an Platzangst (Angst in engen Räumen) leiden.
- Die Untersuchung dauert je nach zu untersuchendem Organ wenige Minuten bis zu einer Stunde. Sie liegen während der Untersuchung in eine Röhre.
- Beim Einfahren in das röhrenförmige Gerät schließen Sie bitte kurz die Augen.
- Es besteht während der Untersuchung ununterbrochen Sichtkontakt. Sie können mit Hilfe eines Notfallballs (Klingel) sofort medizinisches Personal herbeirufen.
- Während der Untersuchung sind laute Klopfgeräusche zu hören.

- Bleiben Sie immer ruhig liegen. Vermeiden Sie kleinste Bewegungen, denn diese können Bildstörungen verursachen.
- Bei manchen Untersuchungen werden wir Sie eventuell bitten, Anweisungen (Einatmen, Ausatmen, Luftanhalten, nicht schlucken, etc.) zu befolgen
- Den Anweisungen des medizinischen Personals ist unbedingt Folge zu leisten.

### Wozu dient Kontrastmittel?

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Ihnen ein Kontrastmittel als Infusion in eine Armvene verabreicht wird. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe und anatomischer Körperstrukturen notwendig sein und um event. Krankhafte Veränderungen besser zu erkennen, und damit kann man bei manchen Untersuchungen die Aussagekraft verbessern. Es ist wichtig vor einer Verabreichung eines Kontrastmittels über ihre Nierenfunktion Bescheid zu wissen, um ein erhöhtes Risiko für eine Komplikation vorher abschätzen zu können. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zu Verfügung.

### Nebenwirkungen und Komplikationen eines Kontrastmittels:

- An der Einstichstelle kann es zu einem Bluterguss und sehr selten zu eine Infektion kommen.
- Eine normale Reaktion auf Kontrastmittel kann ein Wärmegefühl während der Injektion sein. Es können unter Umständen Unverträglichkeitsreaktionen, wie leichte Blutdruckschwankungen, Übelkeit, Schmerzen und/oder allergische Reaktionen (Juckreiz / Quaddeln) auftreten.
- In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.
- Bei vorgeschädigter Niere kann es durch Verabreichung eines Kontrastmittels zu schweren Entzündungen von Haut und Bindegewebe mit Gelenksversteifung und Narbenbildung kommen.

**AUFKLÄRUNGSBLATT für die**  
**MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE (MRT)**  
 (Kernspintomographie)

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, **folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:**

**Körpergewicht in kg:** \_\_\_\_\_ **Körpergröße in cm:** \_\_\_\_\_

**1. Haben oder hatten Sie einen Herzschrittmacher oder einen implantierten Defibrillator?**

Nein  Ja  Weiß nicht

**2. Tragen Sie Hörgeräte oder haben Sie Ohrimplantate?**  Nein  Ja  Weiß nicht

**3. Haben Sie Metallteile oder-splitter (Marknagel, Zahnprothesen ...) im Körper?**

Wenn ja: Haben Sie Implantate? Z.B. Defibrillator, Herzklappe, Ohrimplantat, Aneurysmaclip, Insulinpumpe, Schmerzpumpe, Gelenksprothese, Shunt, Port-a-Cath, Stent, Medikamentenpflaster, Akkupunkturadel, ...

Nein  Ja  Weiß nicht

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Bitte zeigen Sie dem medizinischen Fachpersonal Ihren Implantat Ausweis!

**4. Haben Sie schon einmal eine MR-Untersuchung gehabt?**  Nein  Ja

Wenn ja: Hat es dabei Probleme gegeben?  Nein  Ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**5. Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeit?**  Nein  Ja  Weiß nicht

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind extrem selten. „Jodallergie“ spielt bei dieser Untersuchung keine Rolle!

**6. Tragen Sie Tätowierungen, Körperschmuck (Piercing) oder Permanent-Make-up?**  Nein  Ja

**7. Für Patientinnen: - Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft/Stillen**  Nein  Ja

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen und verstanden habe. Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. In einem persönlichen Gespräch wurden mir die Risiken erklärt und meine weiteren Fragen sind ausreichend beantwortet worden. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

 Unterschrift der Patientin/des Patienten und/oder des Gesetzlichen Vertreters	Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Datum / Uhrzeit	Name und Unterschrift der /des MDT
Die Patientin/der Patient stimmt der Untersuchung zu	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Im Falle der Ablehnung der Untersuchung wurde die Patientin/der Patient über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.