

Patientenaufklärungsbogen – Kernspintomographie (MRT)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Untersuchungsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind zu einer Magnetresonanztomographie überwiesen worden. Es handelt sich um eines der modernsten radiologischen Untersuchungsverfahren. Die Untersuchung erfolgt ohne Röntgenstrahlen. Stattdessen wird die Wechselwirkung eines Magnetfeldes mit Radiowellen genutzt. Dies ist weder sichtbar noch spürbar. Es wird lediglich das Schalten des Magnetfeldes als lautes Klopfen gehört. Schädliche Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Einige Vorsichtsmaßnahmen sind jedoch zu beachten.

Kreuzen Sie deshalb bitte das Zutreffende gewissenhaft an:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? ☐ Nein ☐ Ja

2. Sind Sie bereits an Herz oder Kopf operiert? ☐ Nein ☐ Ja

3. Haben Sie Fremdkörper oder Metallteile am oder im Körper? ☐ Nein ☐ Ja

—> Wenn ja, in der unteren Liste zutreffendes unterstreichen.

- künstliche Herzklappe, Stents, Aneurysmaclips, Shunt, künstliche Gelenke, Platten, Schrauben, Nägel, Granatsplitter
- Pumpensystem (z.B. Insulinpumpe,...), Blutzuckermesssystem (z.B. FreeStyle Libre,...),
- Ohrimplantat (z.B. Cochlea,...), Piercing, Hörgerät, Zahnersatz
- oder ergänzen: _____

—> **Hinweis:** Bei älteren Tattoos oder Permanent-Make-up (insbesondere vor dem Jahr 2000) können metallhaltige Pigmente enthalten sein, die im MRT in seltenen Fällen lokale Erwärmungen oder Hautreizungen verursachen können.

Bitte teilen Sie uns dies vor der Untersuchung mit.

4. Sind Sie allergisch veranlagt? ☐ Nein ☐ Ja

—> Wenn ja, welche Allergie? _____

5. Haben Sie eine schwere Erkrankung der Nieren? ☐ Nein ☐ Ja

6. Wurde bei Ihnen schon einmal eine MRT-Untersuchung durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

—> Wenn ja, wann, wo, was? _____

7. Sind Sie an der heute zu untersuchenden Region operiert worden? ☐ Nein ☐ Ja

—> Wenn ja, wann? _____

8. Haben Sie Platzangst (Klaustrophobie/Beklemmung in engen Räumen)? ☐ Nein ☐ Ja

—> Wenn ja, können Sie ein leichtes Beruhigungsmittel bekommen.
Sprechen sie unser Personal darauf an.

bitte wenden

9. Für Frauen:

Sind Sie schwanger?

☐ Nein ☐ Ja

Stillen Sie?

☐ Nein ☐ Ja

10. Zur Berechnung der Bilddaten benötigen wir noch Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht.

Patientengröße: _____ cm

Patientengewicht _____ kg

11. Kontrastmittelgabe (KM)

Je nach klinischer Fragestellung kann eine Kontrastmittelgabe über eine Armvene nötig werden. Das Risiko einer allergischen Reaktion ist extrem niedrig.

Sind Sie mit der intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden, wenn diese für die Untersuchung notwendig ist?

☐ Nein ☐ Ja

Untersuchung und Untersuchungsdauer

Legen Sie bitte vor der Untersuchung in Ihrer Kabine alle Kleidungsstücke mit metallischen Gegenständen (z. B. Gürtel, Reißverschlüsse) ab. Lassen Sie ferner Schlüssel, Uhren, Haarklammern, Zahnprothesen, Hörgeräte, Münzgeld, Kugelschreiber usw. in der Kabine liegen. Dies gilt auch für Bank-/Kreditkarte (diese werden ansonsten durch das Magnetfeld gelöscht).

Nachdem Sie aufgerufen worden sind, erfolgt die Untersuchung im MRT. Die Untersuchungsdauer beträgt in der Regel 15 bis 30 Minuten. Sie stehen fortwährend unter Beobachtung.

Auswertung und Beurteilung Ihrer Untersuchungsergebnisse, Mitteilung der Befunde, Mitgabe von Bildmaterial

Zur exakten Beurteilung Ihrer MRT-Untersuchung sind in Ihrem eigenen Interesse folgende Punkte wichtig: Wir benötigen zum Befundvergleich die Fremdaufnahmen und Befunde evtl. außerhalb durchgeführter Röntgen-, CT-, MRT-Untersuchungen der entsprechenden Region. Falls es heute um Untersuchungen nach erfolgter Behandlung (insbesondere postoperativ oder nach Strahlenbehandlung) geht, werden ferner die entsprechenden Arzt- bzw. Entlassungsberichte benötigt.

Eine unmittelbare Mitteilung des Untersuchungsergebnisses ist nicht in allen Fällen möglich, z. B. aufgrund des Umfangs der Bilddaten oder fehlender externer Vergleichsuntersuchungen. Die Bilddaten werden in unserer Praxis digital gespeichert und stehen gemäß gesetzlicher Vorgaben zur Verfügung.

13. Zur besseren Durchführung beantworten Sie uns bitte folgende Fragen zur Anamnese der heutigen Untersuchung:

Welche Beschwerden haben Sie?

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Sturz/Unfall? Wann?

Aktuelle Therapie?

Einwilligungserklärung:

- Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt (Untersuchungsaufklärung auf umliegender Seite) und willige in die Untersuchung nach ausreichender Bedenkzeit ein.
- Ich versichere, außer den oben erwähnten, keine Metallobjekte/ -splitter im Körper zu haben und vor der Untersuchung alle Metallgegenstände und Hörgeräte in der Kabine abzulegen.

Datum:

.....
Unterschrift des **Patienten**

Anmerkungen des Arztes:

Datum:

.....
Unterschrift des **MTR / MFA**

.....
Unterschrift des **Arztes**