

# Magnetresonanztomographie (MRT)

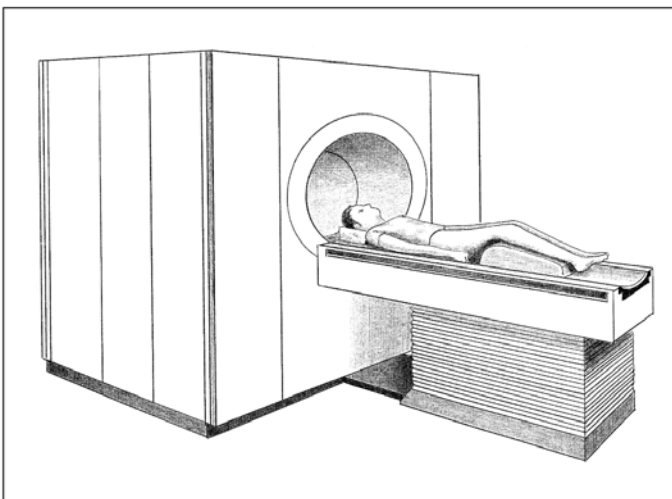
Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und Fragebogen ausfüllen!

Name des Patienten.....

Geburtsdatum.....

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei der Kernspintomographie (MRT) werden mit Radiowellen und Magnetfeldern, also ohne Röntgenstrahlung, zwei- und dreidimensionale Aufnahmen des ganzen Körpers oder bestimmten Körperregionen erstellt. Insbesondere im Gehirn, an den inneren Organen des Bauches und Beckens, an der weiblichen Brust, an Muskeln, Bändern, Knorpeln, Gelenken, aber auch an Herz und Blutgefäßen sind feinste Veränderungen zu erkennen, die mit anderen Verfahren schwerer oder nur mit höherem Risiko zu erfassen sind. Bei Ihnen soll(en)



ohne Kontrastmittel  mit Kontrastmittel

folgende Körperregion(en) untersucht werden:

(Organ oder Körperteil benennen)

## Untersuchungsablauf

Sie werden für die Untersuchung auf einem gepolsterten Untersuchungstisch gelagert. Je nach der Körperregion, die untersucht werden soll, werden Sie teilweise oder mit dem ganzen Körper in das Magnetfeld des röhrenförmigen Untersuchungsgerätes gefahren. Dort regen kurze Radiowellenimpulse die Wasserstoffkerne im Gewebe an, elektromagnetische Signale abzugeben. Ein Computer zeichnet diese Signale auf. Er errechnet daraus Schnittbilder der untersuchten Körperregion aus verschiedenen Blickwinkeln und aus diesen Schnittbildern zwei- oder dreidimensionale Bilder, die wichtige Informationen für die Krankheitserkennung und für eine Behandlung liefern. Das Ergebnis der Untersuchung erlaubt Einblicke in Form und Funktion des jeweiligen Körperabschnitts.

Während der Untersuchung besteht direkter Sichtkontakt mit dem medizinischen Personal oder Sie werden durch Monitore vom Kontrollraum aus überwacht. Bitte ganz ruhig und entspannt liegen. Über Kopfhörer oder eine Gegensprechanlage erfahren Sie, wann Sie ein- und ausatmen sollen.

Das Schalten der Magnetspulen bei den vielen Messungen verursacht ein lautes, metallisches Klicken bzw. Klopfgeräusche. Bitte sagen Sie uns, wenn Sie besonders lärmempfindlich sind. Sie erhalten je nach untersuchter Körperregion immer, oder auf Wunsch, einen Kopfhörer oder Ohrstöpsel, um die Geräusche zu dämpfen.

Falls Sie Platzangst haben, bekommen Sie auf Wunsch ein Beruhigungsmittel. Bei Säuglingen wird die Untersuchung nach dem Trinken durchgeführt, ältere Kinder können ein leichtes Beruhigungsmittel erhalten, um ihnen die psychische Belastung zu ersparen und unerwünschte Bewegungen zu vermeiden.

Um ein noch aussagekräftigeres Bild, und dadurch Antworten auf gezielte medizinische Fragen zu erhalten und Funktionsstörungen erkennen zu können, muss häufig ein flüssiges, nicht jodhaltiges Kontrastmittel eingenommen und/oder über eine Kanüle in eine Armvene eingespritzt werden.

Die Kernspintomographie kann eine halbe Stunde oder länger dauern.

## Risiken und mögliche Komplikationen

Die Untersuchung ist schmerzfrei. Wenn Sie die im Folgenden genannten Verhaltenshinweise beachten, hat sie keine schwerwiegenden Risiken und Nebenwirkungen. Magnetfeld und Radiowellen belasten den Organismus nicht.

Vereinzelt wurden im **EKG** vorübergehende **harmlose Veränderungen** festgestellt. In Ausnahmefällen können **vorübergehende, extrem selten auch bleibende Hörgeräusche und -störungen** (z.B. Tinnitus) und vereinzelt Kopfschmerzen auftreten.

Bei **Allergie** oder **Überempfindlichkeit** (z.B. auf das Kontrastmittel oder Beruhigungsmittel ) können vorübergehend Schwellung, Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Schwindel oder Erbrechen und ähnliche leichtere Reaktionen auftreten. **Schwerwiegende Komplikationen im Bereich lebenswichtiger Funktionen** (Herz, Kreislauf, Atmung, Nieren) und **bleibende Schäden** (z.B. Organversagen, Lähmungen) sind sehr selten.

In Tätowierungen, Tattoos, Make-up-/Augenmake-up-Produkten können metallhaltige Farbstoffe enthalten sein, die manchmal **Hautreizungen** verursachen und u.U. die Bildqualität beeinflussen.

Gelegentlich kann die Einspritzung in eine Vene einen **Bluterguss** oder eine **Nachblutung** im Bereich der Einstichstelle, sowie **Infektionen** (z.B. Spritzenabszess), **Absterben von Gewebe** und/oder **Venenreizungen/-entzündungen** verursachen. Es kann zu vorübergehenden, sehr selten zu bleibenden **Nervenschädigungen (Schmerzen, Lähmungen)** kommen.

## Bitte unbedingt beachten! Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

Bitte bringen Sie möglichst alle früheren Aufnahmen (Röntgen, Computertomographie, Kernspintomographie, Ultraschall, Nuklearmedizin) der zu untersuchenden Körperregion mit.

### Vor der Untersuchung

**Implantate**, die Eisen, Kobalt oder Nickel enthalten (z.B. Herzschrittmacher, automatische Insulinpumpen, Metall-Endoprothesen und/oder Metallteile oder Metallsplitter im Körper), können durch die Untersuchung **beschädigt** werden und/oder Ihnen/Ihrem Kind **ernsthafte Verletzungen** zufügen. **Es ist deshalb wichtig, alle Implantate oder sonstigen Metallteile vor der Untersuchung**

**anzugeben!** In Zweifelsfällen wird mit einer Röntgenuntersuchung geklärt, ob sich Metallteile im Körper befinden.

Auch Metallteile, die am Körper getragen werden, können im Magnetfeld Verletzungen und Komplikationen verursachen. Sie müssen vor dem Betreten des Untersuchungsraumes alle metallenen Gegenstände ablegen, wie z.B.:

Schmuck (z.B. Ohrringe, Ketten, Ringe,) und Piercing-Schmuck, Uhr, Brille, metallhaltige Zahnprothesen, Arm- oder Beinprothesen, Zahnspangen, Hörgeräte, Metallteile an der Kleidung (z.B. Gürtelschließen) Schlüssel, Münzen, Haarspangen, Schreibgeräte oder andere Gegenstände, die Metall enthalten, sowie Karten mit Magnetstreifen (z.B. Scheck-, Telefon-, Versicherungskarten), da sie sonst gelöscht werden.

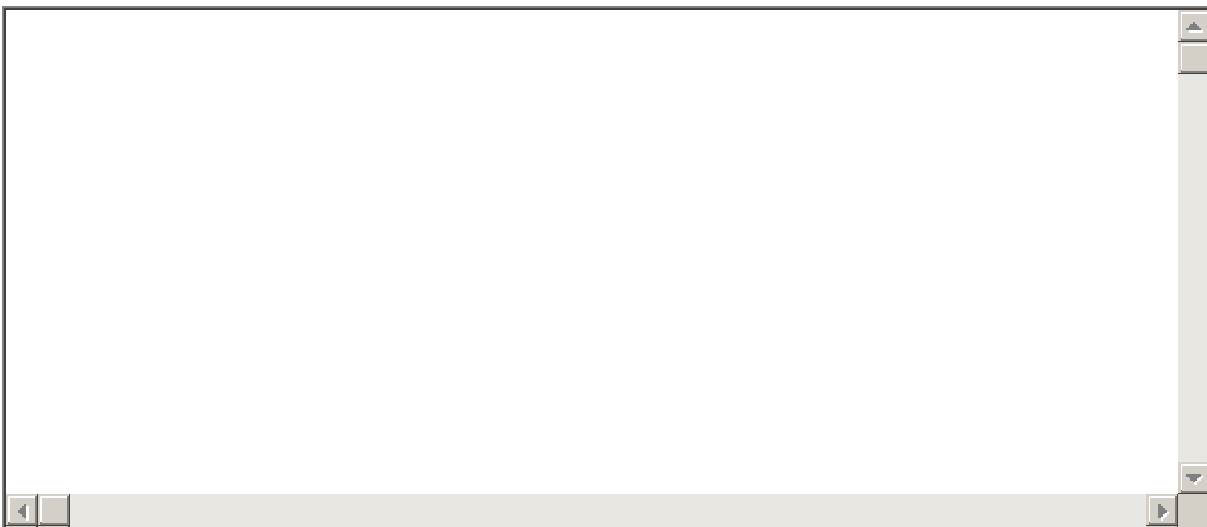
### **Nach der Untersuchung**

Wurde ein Kontrastmittel verabreicht, bitte reichlich trinken (z.B. Tee, Mineralwasser, Saft), sofern Ihre Ärztin / Ihr Arzt nichts anderes anordnet.

Haben Sie / Ihr Kind ein Beruhigungsmittel erhalten, müssen Sie sich von einer erwachsenen Begleitperson abholen lassen bzw. holen Sie Ihr Kind ab. Das Reaktionsvermögen kann noch Stunden nach der Untersuchung eingeschränkt sein. Wir werden Ihnen mitteilen, wann Sie / Ihr Kind wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, an laufenden Maschinen arbeiten oder Alkohol trinken können.

**Bitte verständigen Sie sofort Ihre Ärztin/Ihren Arzt, wenn Übelkeit, Durchfall, Unwohlsein, Schwindel, Niesreiz, Hautausschlag, Schmerzen oder andere Beschwerden während oder nach der Untersuchung auftreten. Bei erheblichen Beschwerden bitte den Notarzt rufen, falls Ihre Ärztin/Ihr Arzt (siehe Klinik-/Praxisstempel) nicht erreichbar ist.**

### **Ergänzungen:**



### **Fragebogen/Anamnese Magnetresonanztomographie:**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Körpergewicht:

kg Körpergröße:

cm

2. Tragen Sie / Ihr Kind einen **Herzschrittmacher** oder eine **künstliche Herzklappe**?

 Nein  Ja

3. Tragen Sie / Ihr Kind eine **Insulinpumpe** oder eine andere Medikamentenpumpe?

 Nein  Ja

4. Befinden sich in Ihrem Körper / im Körper Ihres Kindes **andere Implantate oder Teile aus Metall**?

Z.B. Prothese, Gefäßprothese (sog. „Stent“), Gefäßclips, Zahnimplantate, kieferorthopädische Materialien, implantiertes Hörgerät, Neurostimulator, „Spirale“ (Intrauterinpeessar), Metallsplitter als Folge von Unfällen oder Kriegsverletzungen, Metallstaub aus beruflicher Tätigkeit, Piercing etc.

 Nein  Ja

5. Wurden Sie / Ihr Kind schon einmal an **Kopf, Herz** oder am **Gefäßsystem operiert**?

 Nein  Ja

(ggf. Jahr und Art des Eingriffs angeben)

6. Leiden Sie / Ihr Kind an **Klaustrophobie** (Angst in engen Räumen, z.B. im Fahrstuhl)?

 Nein  Ja

7. Leiden Sie / Ihr Kind an **Lärmempfindlichkeit, Schwerhörigkeit** oder an einem **Gehörschaden**?

 Nein  Ja

8. Wurden bei Ihnen / Ihrem Kind schon einmal eine Kernspinnuntersuchung oder Röntgenaufnahmen zur Gefäß-, Knochen- oder Hirnuntersuchung bzw. andere Röntgenuntersuchungen oder eine Computertomographie durchgeführt?

 Nein  Ja

Bitte Art der Untersuchung und Jahr, in dem sie stattfand, eintragen oder Ihren **Röntgenpass** vorlegen.

9. **Allergie** (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder **Unverträglichkeit** von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Kontrastmittel, Pflaster, Latex?

 Nein  Ja

oder:

Falls Sie einen **Allergiepass** besitzen, bitte vorlegen.

10. Traten nach früheren **Kontrastmitteluntersuchungen** Nebenwirkungen auf?

 Nein  Ja

Wenn ja, welche?

11. Bestehen oder bestanden bei Ihnen / Ihrem Kind **Nierenfunktionsstörungen**?

 Nein  Ja

12. Für **Frauen** im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein?

 Nein  Ja

Falls eine Schwangerschaft besteht, in welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?

## Dokumentation:

Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen, Textstellen unterstreichen oder an den vorgesehenen Stellen ergänzen und unterschreiben.

### Aufklärungsgespräch

Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden **Fragen** stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Den **abgetrennten Info-Teil** bzw.  ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.

**Vermerke der Ärztin/des Arztes** (Name)  **zum Aufklärungsgespräch:**  
Erörtert wurden z.B.: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, Risiken und mögliche Komplikationen, risikoe erhöhende Besonderheiten, Verhaltenshinweise vor, während und nach der Untersuchung, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe sowie (bitte hier auch etwaige Änderungen des Info-Teils vermerken):

Vorgesehener Untersuchungstermin (Datum):

### Einwilligung

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt; ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

**Ich willige** in die Untersuchung **ein** von:

**(Körperregion angeben)**

ggf. einschließlich Kontrastmittel. Mit eventuell erforderlichen Neben- oder Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

*Falls Sie bestimmte einzelne Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:*

### **Nur für den Fall der Ablehnung der Untersuchung:**

Ich **willige** in die Untersuchung **nicht ein**.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnose und Behandlung einer etwaigen Erkrankung erheblich verzögern und erschweren können.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum, Uhrzeit**  
**Patientin / Patient bzw. Betreuer /**  
**Bevollmächtigter /Sorgeberechtigter**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum, Uhrzeit**  
**Ärztin / Arzt**