

Aufklärungsbogen zur MRT (Magnetresonanztomographie)

Familienname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Körpergröße: _____ Gewicht: _____ Tel.: _____

Voraufnahmen der Untersuchungsregion vorhanden? Ja: _____ Nein
 Falls vorhanden, bitte in der Anmeldung abgeben.

| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Herzschrittmacher/Defi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ventrikelschunt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gliedmaßenprothesen/Künstliche Gelenke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefäßclips (Aneurysma-Clips) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piercing/Permanent Make-Up | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stimulationssonden, Reizelektroden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metallsplitter und –fremdkörper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Innen- oder Mittelohrprothese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Port-Katheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentenpumpe, z. B. Insulinpumpe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intrauterinpeessar („Spirale“) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magnetische Zahnprothese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andere Metallimplantate: _____ | | |

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Krebserkrankung/Tumore: welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tumor-Therapie? <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurden Sie am Herzen oder Kopf operiert? Andere OP: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Chronische Krankheiten: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Allergie oder Überempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Kontrastmitteln <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Frühere Kontrastmittelreaktion: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einschränkung der Nierenfunktion/Leberfunktion: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Klaustrophobie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Medikamente: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aktuelle Beschwerden: _____

Einwilligungserklärung: Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden sowie den Fragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt. Ich bin über die geplante Untersuchung, mögliche Risiken und Komplikationen umfassend informiert und aufgeklärt. Ich habe mir meine Einwilligung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige in die Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

Datenverarbeitung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Vorbefunde und -aufnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen angefordert werden dürfen. Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnden Ärzte oder konsiliarische Ärzte einen Befund erhalten. Bilder und Befunde dürfen an mich oder mitbehandelnde Ärzte per Brief, Fax, hybrider Zustellung per epost, Zuweisportal oder gesicherter Email weitergeleitet werden. Gemäß DSGVO bin ich mit der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner Daten im Rahmen der Bildauswertung, Befunderstellung und Befundverteilung einverstanden. Aus Gründen des Umweltschutzes benötige ich keine Kopie des Aufklärungsbogens.

| | | |
|------------|--|-------------|
| | | |
| Ort, Datum | Patientin/Patient (Sorgeberechtigter/Betreuer) | Ärztin/Arzt |

Nur im Fall der Ablehnung:

Patientin/Patient (Sorgeberechtigter/Betreuer)

Aufklärungsbogen zur MRT (Magnetresonanztomographie)

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

bei Ihnen oder Ihrem Kind soll eine MRT durchgeführt werden. Bitte lesen Sie den Bogen aufmerksam durch. Die Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) ist ein modernes Untersuchungsverfahren, welches ohne Röntgenstrahlung arbeitet. Mithilfe eines starken Magnetfeldes werden Schnittbilder der gewünschten Körperregionen erstellt.

Untersuchungsablauf:

Für eine gute Bildqualität ist es wichtig, dass Sie ruhig liegen. Hierdurch können Sie die Bildqualität und somit die Auswertungsmöglichkeit Ihrer Untersuchung positiv beeinflussen. Ebenso wird dadurch die evtl. nötige Wiederholung einzelner Messungen verhindert. Während der Untersuchung liegen Sie auf einer speziellen Liege innerhalb des MRT-Tunnels. Hier ist es hell, gut belüftet und zu den Füßen und zum Kopf hin offen. Bei einigen Untersuchungen ist es möglich, dass Sie über eine Spezialbrille einen Film schauen können. Während der Untersuchung können wir Sie sehen, zusätzlich erhalten Sie einen Klingelknopf, um ggfs. auf sich aufmerksam zu machen. Die Untersuchung dauert je nach Fragestellung ca. 15-45 Minuten. Während der Untersuchung entstehen laute Klopferäusche. Zur Geräuschunterdrückung tragen Sie einen Kopfhörer, über den Sie zusätzlich Musik hören können.

Kontrastmittel:

Gelegentlich, je nach Fragestellung, ist eine Kontrastmittelapplikation in eine Armvene nötig. Evtl. kann dies auch erst während der Untersuchung entschieden werden. Die von uns verwendeten Kontrastmittel sind sehr gut verträglich. Sehr selten kommt es zu leichten Nebenwirkungen wie Juckreiz oder Übelkeit beobachtet. Stärkere allergische Reaktionen lassen sich niemals komplett ausschließen, sind aber äußerst selten. Eine extrem seltene Komplikation stellt die seit 2006 bekannte „nephrogene systemische Fibrose“ (NSF) dar, welche bei der Gabe von bestimmten MRT-Kontrastmitteln beobachtet wurde. Betroffen sein können nur Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion sowie Patienten mit Nierenversagen, die eine Blutwäsche (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) erhalten. Bei dem von uns verwendeten Kontrastmittel wurde eine NSF im Gegensatz zu anderen Kontrastmitteln allerdings extrem selten gesehen. Ablagerungen von Spuren von Kontrastmittelbestandteilen (Gadolinium) in bestimmten Kerngebieten des Gehirns sind bei sogenannten linearen Kontrastmitteln, welche bei uns nicht verwendet werden, nach häufiger Anwendung möglich. Für derartige Ablagerungen liegen für das von uns verwendete makrozyklische Kontrastmittel Dotarem/Dota-MR keine gesicherten Daten vor. Bisher sind keine wissenschaftlich gesicherten gesundheitlichen Schäden als Folge von diesen möglichen Ablagerungen beobachtet worden, obwohl die ersten Gadolinium-Kontrastmittel schon seit 1988 verwendet werden

Metallische Fremdkörper:

Gegenstände aus Metall können die Untersuchung stören und unter bestimmten Umständen sogar gefährlich werden. Elektronikartikel und Magnetstreifen von EC-bzw. Kreditkarten werden durch das Magnetfeld beschädigt. Aus diesem Grund müssen alle metallhaltigen Gegenstände vor Betreten des Untersuchungsraums abgelegt werden, z. B.: Magnetkarten, Uhr, Brille, Schlüssel, Feuerzeug, Mobiltelefon, lose Münzen, Geldbeutel, Taschenmesser, Schmuck, Piercing, Kugelschreiber, Haarspangen, metallhaltige Kleidung (Druckknöpfe, Reißverschluss, Bügel-BH, Verschlüsse an BH und anderen Kleidungsstücken, eingewobene Metallteile, Gürtel, Schuhe mit Metallabsätzen/-Sohlen), Hörgeräte, Langzeit-EKG-Geräte, Langzeit-Blutdruckmessgeräte, herausnehmbarer Zahnersatz und Zahnspangen.

Nebenwirkungen:

Selten kann es zu Hautreizungen oder Erwärmungen (ähnlich einem Sonnenbrand) durch metallhaltige Farbstoffe in Make Up oder Tätowierungen kommen. Gelegentlich können Ohrgeräusche auftreten, die in der Regel wieder abklingen. Selten kann es zu Komplikationen mit dem Kontrastmittel kommen: z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Hautrötung, Kollaps, sehr selten schwere allergische Reaktionen. In der Regel wird das Kontrastmittel sehr gut vertragen, insbesondere besser als Röntgen- oder CT-Kontrastmittel.