

Aufklärungsbogen Kernspintomographie

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Sie zu einer Kernspintomographie (MRT) überwiesen. Dies ist ein modernes Verfahren um ohne Röntgenstrahlen überlagerungsfreie Aufnahmen des Körpers zu erzeugen um krankhafte Veränderungen festzustellen.

Untersuchungsablauf

Sie werden auf einer bequemen Liege gelagert und die zu untersuchende Region wird im Gerät positioniert. Um gute Bilder zu erzeugen sollte Sie ruhig liegen und Atemkommandos einhalten. Während der Untersuchung treten laute, klopfende Geräusche auf. Sie erhalten vor der Untersuchung von uns einen Gehörschutz. Sie können sich bei Problemen mit einer Klingel bemerkbar machen, unser Untersuchungspersonal hat Sicht- und Sprechkontakt mit Ihnen. Je nach Art der Untersuchung dauert diese zwischen ca. 15 und 30 Minuten.

Wann darf KEINE Kernspintomographie erfolgen?

- ✓ Wenn Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator tragen.
- ✓ Nur nach Rücksprache mit dem Arzt in der Frühschwangerschaft
- ✓ bei einigen Metallimplantaten (Metallsplitter, Gefäßclips, Mittelohrimplantaten usw.)

+++Teilen Sie dies unbedingt vor der Untersuchung mit+++

Mögliche Risiken und Komplikationen

Sehr selten treten allergische Reaktionen nach Kontrastmitteln auf. Diese sind zumeist gut behandelbar. Ernste allergische Komplikationen sind extrem selten.

Extrem selten kann eine nicht behandelbare Bindegewebserkrankung ausgelöst werden. Diese sogenannte nephro-gene systemische Fibrose (NSF) kann zur Bewegungseinschränkung von Gelenken oder Organschäden führen. Besonders gefährdet sind Patienten mit einer schweren Nierenerkrankung oder vor bzw. nach Lebertransplantation.

- Eine Entzündung oder ein Bluterguss nach Injektionen ist in der Regel gut behandelbar.
- Tätowierungen und Make-up können gelegentlich zu leichten Hautreizungen führen.
- Ohrgeräusche und Kopfschmerzen klingen in der Regel rasch wieder ab.

Vor der Untersuchung beachten

Magnetische Gegenstände dürfen nicht in den Untersuchungsraum gelangen, da sie zu Verletzungen oder Störungen des Magnetfeldes führen. Legen Sie daher Münzen, Haarnadeln, Schlüssel, Hörgeräte, Zähne oder Prothesen usw. in der Kabine ab. **Uhren, Scheckkarten oder elektronische Medien sowie Datenträger werden im Untersuchungsraum durch den Magneten gelöscht bzw. zerstört**

Falls Sie zu Beklemmungsgefühl in engen Räumen neigen, kann ggf. ein leichtes Beruhigungsmedikament verabreicht werden. In diesem Fall müssen Sie sich von einer Begleitperson abholen lassen. Für 24 Stunden ist danach das Steuern von Fahrzeugen und die Arbeit an gefährlichen Arbeitsplätzen untersagt. Falls Sie hierzu Fragen haben können Sie sich an das Untersuchungspersonal oder an den zuständigen Arzt wenden.

Angaben zu bestehenden Risiken (bitte sorgfältig lesen)

Haben Sie Allergien? Ja___ Nein___

Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel Reaktionen auf (Hautauschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)? Ja___ Nein___

Besteht eine Schwangerschaft? Ja___ Nein___

Nierenfunktionsstörung Ja___ Nein___

Voruntersuchungen der gleichen Region im MRT Ja___ Nein___

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? Ja___ Nein___

Haben Sie Metallteile im/am Körper (Stents, Clips, Metallsplitter, Piercings, Tätowierungen, etc.)? Ja___ Nein___

Wenn ja welche_____

Gewicht:_____ **kg** **Größe**_____ **cm**

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die erstellten Untersuchungsbefunde/Aufnahmen an die weiterbehandelnden Ärzte weiterleitet. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen meine personenbezogenen Daten anonymisiert (§3 Absatz 6 BDSG) weiterbearbeitet und ggf. veröffentlicht werden (§40 Absatz 3 Ziffer 1 BDSG).

Ja___ Nein___ Unterschrift:_____

Einwilligungserklärung

Ich bin über Hergang und Risiken der Kernspintomographie und eventueller Kontrastmittelgabe aufgeklärt und habe meine Entscheidung gründlich überlegt.

Ich benötige keine weitere Bedenkzeit und willige ein. Ja___ Nein___

Ort_____ **Datum**_____ **Unterschrift**_____

Unterschrift Arzt_____

Hiermit bin ich informiert, dass mir eine Kopie dieses Aufklärungsbogens zusteht.
Ich möchte eine Kopie Ja___ Nein___

Kontrastmittel_____ Menge_____ml