

MRT-Untersuchung

Anamnesebogen vor Kontrastmittel-Gabe

Name: _____

Datum: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Liegt bei ihnen eine **Nierenerkrankung** vor?

Ja

Nein

Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers**?

Ja

Nein

Sind in Ihrem Körper **Metallteile** wie z.B. Gefäßclips
Metallprothesen, Granatsplitter, Fremdkörper im Auge
oder

Ja

Nein

Sind Sie in den letzten **6 Wochen operiert** worden?

Ja

Nein

Leiden Sie an **Diabetes**?

Ja

Nein

Bei weiblichen Patienten:

Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Allergie bekannt?

Ja

Nein

Gegen welche Mittel _____

Kontrastmittelallergie

Ja

Nein

- bitte wenden -

Bei der bei Ihnen durchzuführenden Untersuchung muss, je nach Fragestellung des überweisenden Kollegen, eventuell ein kernspinspezifisches Kontrastmittel in eine Vene verabreicht werden. Diese Kontrastmittel werden von den meisten Menschen gut vertragen. Sollte bei Ihnen allerdings eine Allergie gegen Kontrastmittel, Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt sein, teilen Sie uns dies **vor der Untersuchung** unbedingt mit.

Auch bei nicht bekannter Allergie kann es gelegentlich zu leichten allergischen Reaktionen kommen. Sollten bei Ihnen neben einem kurzfristigen Hitze- oder Übelkeitsgefühl, zusätzlich Nies- oder Juckreiz, Hautquaddeln, ein Beklemmungsgefühl oder Schwellungen der Schleimhäute auftreten, kann man diese Reaktionen durch Medikamente behandeln. Selbst auf einen – extrem selten auftretenden – Kreislaufschock sind wir hier in der Praxis vorbereitet.

In sehr seltenen Fällen kann es bei eingeschränkter Nierenfunktion durch die KM-Gabe zu dem Krankheitsbild "nephrogene systemische Fibrose" kommen. Dabei handelt es sich um eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung, die sich durch die Bildung von Bindegewebe in der Haut, Gelenken, Muskeln und inneren Organen äußert.

Wir sind aufgrund der Röntgenverordnung verpflichtet, Ihnen alle diese Nebenwirkungen zu schildern, es muss aber gleichzeitig betont werden, dass eine Ablehnung der Kontrastmittelgabe die Aussagekraft auch dieser Untersuchungsmethode einschränkt, so dass ein für Ihre Gesundheit gefährlicher Prozess evtl. nicht frühzeitig erkannt werden könnte. Sollten sie diesbezüglich weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte direkt an den Arzt.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass, wenn es aus medizinischen Gründen nötig ist, meine Röntgen- oder CT- bzw. MR-Bilder z.B. an das Krankenhaus Pirmasens oder auch an andere Krankenhäuser, die mich behandeln, weitergeleitet werden dürfen.

Pirmasens, den _____

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift Arzt / Helfer

(nur von Praxismitarbeiter auszufüllen!!!!)

Verwendetes Kontrastmittel

Primovist 0,25 mmol/ml _____ ml

Sonstiges

Multihance XL _____ ml

_____ ml

Magnegitta (nur Arthro) _____ ml