



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll in unserer Praxis eine **Kernspintomographie** durchgeführt werden.

Die Begriffe „MRT“, Kernspintomographie, Magnetresonanztomographie und NMR bezeichnen die gleiche Untersuchung. Im Folgenden wird für die Untersuchung der Begriff „MRT“ verwendet.

Im MRT werden **keine** Röntgenstrahlen verwendet. Zur Bilderzeugung werden Hochfrequenzimpulse („Radiowellen“) in einem starken äußeren Magnetfeld eingesetzt. Sie treffen auf die zu untersuchende Körperregion, welche unterschiedliche Signale zurückschickt. Durch das Auffangen dieser Signale und die Auswertung mittels Computer entstehen dann Schnittbilder, die der Arzt befundet.

Vor der Untersuchung

Bitte lesen Sie den Aufklärungsbogen sorgfältig durch und beantworten Sie **alle** gestellten Fragen. In der Umkleidekabine müssen metallhaltige Gegenstände abgelegt werden (z. B. Schmuck, Uhr, Piercings, Hosenträger, BH, Zahnersatz, Gürtel, Haarklammern, Hörgeräte, abnehmbare Schmerz-/Insulinpumpen, Geldbeutel, Scheckkarten und andere Karten mit Magnetstreifen).

Durchführung der Untersuchung

Eine bewegliche Liege fährt Sie in eine tunnelartige Öffnung des Gerätes.

Das Gerät ist vorne und hinten offen. Während der Untersuchung sind sehr laute Klopfgeräusche zu hören. Gegen die lauten Klopfgeräusche bekommen Sie einen Kopfhörer oder Ohrstöpsel. Die Untersuchungszeit liegt bei etwa 30 Minuten. Während der Untersuchung müssen Sie vollkommen ruhig liegen bleiben, um verwackelte Bilder zu vermeiden.

Während der Untersuchung können Sie jederzeit mit Hilfe eines Alarmknopfes (Gummiball) ein Notsignal abgeben.

Informieren Sie uns bitte über Platzangst vor der Untersuchung, die Untersuchung kann unter der Gabe eines Beruhigungsmittels erfolgen (Begleitperson erforderlich, anschließend an diesem Tag kein aktives Führen von Fahrzeugen möglich).

In Tätowierungen oder Make-Up können metallhaltige Stoffe enthalten sein, die Hautreizungen / Hauterwärmungen verursachen.

Die Gabe von Kontrastmittel...

... kann oral zur Kontrastierung des Verdauungstraktes erforderlich sein.

... kann über eine Armvene injiziert werden, um die diagnostische Genauigkeit der Untersuchung zu erhöhen. Das benutzte Kontrastmittel (auf Gadoliniumbasis) zeichnet sich durch seine gute Verträglichkeit aus. Nur in seltenen Fällen treten allergische Reaktionen, z.B. Hautrötung, Hautjucken - extrem selten: Atem- und/oder Kreislaufbeschwerden, Erbrechen, Schleimhautschwellung im Rachenbereich, allergischer Schock, Reaktion/Schwellung an der Injektionsstelle auf.

Sollte bei Ihnen eine Organtransplantation vorgesehen sein (insbesondere der Leber), weisen Sie uns bitte vor der Untersuchung darauf hin.

Nach der Untersuchung

Sollte ein Kontrastmittel verabreicht worden sein, trinken Sie bitte im Lauf des Tages ca. 1,5 Liter alkoholfreie Getränke, um die Ausscheidung über die Nieren zu beschleunigen.

Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten haben, dürfen Sie an diesem Tag nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, an laufenden Maschinen arbeiten oder gefährliche Tätigkeiten ausüben, denn Ihr Reaktionsvermögen ist für diesen Zeitraum deutlich vermindert.

Treffen Sie nach der Gabe von Beruhigungsmitteln keine wichtigen/ vertraglichen Entscheidungen.

Name..... Vorname.....Geb.-Datum.....

Gewicht..... Größe.....

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder andere im Körper eingebrachte elektronische Geräte (z.B. Cochlea-Implantat, Nervenstimulator, etc)? Nein Ja welche?

Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile? (Gelenkprothesen, Gefäßclips, Zahnimplantate, Granatsplitter, metallischer Schleifstaub, Metallsplitter, etc.) Nein Ja welche?

Wurden bei Ihnen Operationen am Kopf, Herz oder Blutgefäßen durchgeführt? Nein Ja welche?

Besteht od. bestand bei Ihnen eine Nierenerkrankung mit Störung der Nierenfunktion? Nein Ja welche?

Besteht bei Ihnen eine chronische Infektion, z.B. Hepatitis oder HIV? Nein Ja welche?

Traten nach früheren Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf? Nein Ja welche?

Besteht bei Ihnen eine Allergie, Heuschnupfen, Asthma? Nein Ja welche?

Haben Sie Tätowierungen? Nein Ja wo?

Ich bin mit der Gabe eines Kontrastmittels einverstanden Nein Ja

Haben Sie Platzangst und benötigen ein Beruhigungsmittel? Nein Ja

Besteht eine Schwangerschaft/ Stillen Sie? Nein Ja

Ich möchte eine Kopie dieses Aufklärungsbogens ausgehändigt bekommen Nein Ja

Ich möchte eine CD mit den angefertigten Bildern erhalten Nein Ja

Bitte notieren Sie Ihre jetzigen Beschwerden (bei Wirbelsäulenuntersuchung: ziehen diese in Arme/ Beine/ Brustkorb, etc., haben Sie Taubheits-/Kribbelgefühle / bei Gelenkuntersuchungen: Innen-/Außenseite, Bewegungen noch möglich?). Bitte notieren Sie hier alle Ihre Operationen (Art, Jahr, bei Bandscheiben Höhe und Seite), ihre chronischen Erkrankungen und wofür Sie Tabletten einnehmen.

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich ausreichend über die Untersuchung aufgeklärt.

X

Datum _____ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten _____