



## **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einem **MRT** überwiesen. Im Folgenden möchten wir Ihnen Hinweise zum Untersuchungsablauf geben, die Ihnen helfen werden, die natürliche Unruhe vor der Untersuchung abzulegen. Die Begriffe „MRT“ (Magnetresonanztomographie), Kernspintomographie 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 diagnostiziert und einen Befundbericht erstellt.

### **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 Insulin-/Schmerzpumpen, Geldbeutel, Scheckkarten und andere Karten mit Magnetstreifen).

Soll bei Ihnen eine Untersuchung der Kopf-Region durchgeführt werden, kommen Sie bitte ungeschminkt.

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

### **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 Klopferäusche zu hören. Gegen die lauten Klopferäusche bekommen Sie einen Gehörschutz. Die Untersuchungszeit liegt bei etwa 15 - 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 ein Notsignal abgeben.

Bei vorliegender Platzangst kann die Untersuchung unter der Gabe eines Beruhigungsmittels erfolgen (Begleitperson erforderlich, anschließend an diesem Tag kein aktives Führen von Fahrzeugen möglich), bitte informieren Sie uns vor der Untersuchung. Ebenfalls benötigen wir eine Info von Ihnen, wenn Sie tätowiert sind oder ein Permanent-Make-Up tragen. In Tätowierungen oder Permanent-Make-Up können metallhaltige Stoffe enthalten sein, die Hautreizungen / Hauterwärmungen verursachen.

### **Die Gabe von Kontrastmittel...**

... ist für einige Untersuchungen erforderlich und wird über die Armvene injiziert. Das benutzte Kontrastmittel (auf Gadoliniumbasis) zeichnet sich durch seine gute Verträglichkeit aus. Nur in selteneren 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.

Für einige Untersuchungen des Bauchraumes kann eine orale Kontrastierung des Verdauungstraktes erforderlich sein. Hierfür wird eine Kontrastmittellösung zum Trinken gereicht.

### **Nach der Untersuchung**

Sollte ein Kontrastmittel verabreicht worden sein, trinken Sie bitte im Lauf des Tages ca. 2 Liter alkoholfreie Getränke, um die Ausscheidung über die Nieren zu beschleunigen.

### **Zur Kenntnisnahme**

Wir bemühen uns, die Untersuchung so zügig wie möglich durchzuführen. Verzögerungen können dann auftreten, wenn z. B. die Untersuchung von Notfällen vorrangig erfolgen muss oder aber unerwartete technische Probleme auftreten. Wir bitten Sie deshalb um Nachsicht und Verständnis, wenn die übliche Zeit aus nicht vorhersehbaren Gründen einmal überschritten werden sollte.

Bitte wenden Sie sich bei offenen Fragen an uns. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxisteam



Name des Patienten:	
Geburtsdatum:	

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm

Welche Beschwerden haben Sie an dem zu untersuchenden Körperbereich?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wann treten die Beschwerden auf?     in Ruhe     bei Belastung     nachts

Hatten Sie einen Unfall, eine ungewöhnliche Belastung, oder einen Sturz?    Nein     Ja

Wurden Sie an diesem Körperbereich operiert/arthroskopiert?    Nein  
   Ja, wann: \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher, Defibrillator**                             Nein     Ja, was: \_\_\_\_\_  
oder ein **Cochlea-Implantat**?

(Wenn ja, ist eine kernspintomographische Untersuchung nicht möglich. Bitte wenden Sie sich an die Anmeldung!)

Haben Sie sonstige medizinische Hilfsmittel im     Nein     Ja, was: \_\_\_\_\_  
oder am Körper?

(künstliche Herzklappe, Nervenstimulator,  
Insulin-, Schmerzpumpen, Hörgeräte)

Sind in Ihrem Körper **Metalle**?     Nein     Ja, was: \_\_\_\_\_  
(Gelenkprothese, Schrauben, Nägel, Stents, OP-Clips,  
Shunt, Metallsplitter, Schleifstaub, Zahnprothese)

Wurden bei Ihnen Operationen am Kopf, Herz oder     Nein     Ja, was: \_\_\_\_\_  
Blutgefäße durchgeführt?

Haben Sie Tätowierungen oder Permanent Make-Up?                                     Nein     Ja, was: \_\_\_\_\_

### Besteht bei Ihnen

- eine Herzerkrankung?     Nein     Ja, welche: \_\_\_\_\_
- eine Bluthochdruckerkrankung?     Nein     Ja
- eine chronische Infektionserkrankung?     Nein     Ja, welche: \_\_\_\_\_  
(z.B. Hepatitis, HIV, TBC, etc.)
- eine chronische Erkrankung?     Nein     Ja, welche: \_\_\_\_\_  
(z.B. COPD, Asthma, Rheuma, Osteoporose)
- eine Nierenerkrankung?     Nein     Ja, welche: \_\_\_\_\_

**Sind/waren Sie an Krebs erkrankt?**

- Nein
- Ja, welches Organ ist/war an Krebs erkrankt? \_\_\_\_\_
  - OP, wann: \_\_\_\_\_
  - Chemotherapie, wann: \_\_\_\_\_
  - Strahlentherapie, wann: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? (Medikamentenplan)**

- Nein
- Ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bestehen bekannte Allergien? ( Allergiepass)**

- Nein
- Ja, welche: \_\_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie?**  Nein  Ja

**Traten nach früheren (Röntgen-) Kontrastmitteluntersuchungen Reaktionen auf?**

- Nein
- Ja, welche: \_\_\_\_\_

**Nur für Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie?  Nein  Ja

---

---

Ich bin mit der Gabe eines Kontrastmittels einverstanden  Nein  Ja

Ich habe Platzangst und benötige ein Beruhigungsmittel  Nein  Ja

Ich möchte eine Kopie dieses Aufklärungsbogens ausgehändigt bekommen.  Nein  Ja

Ich möchte eine CD mit den angefertigten Bildern erhalten.  Nein  Ja

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

Die Auswertung und die Übermittlung Ihres Befundes an den überweisenden Arzt dauert in der Regel 3 - 5 Werkzeuge. Sollte Ihr Befund noch an einen weiteren Arzt erfolgen geben Sie dem Personal Bescheid.

---

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

Praxis für Bildgebende Diagnostik  
**Dr. Zilles & Hüttinger**

Flemingstr. 5, 36041 Fulda



<b>Name, Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Adresse: (Straße, Nr., PLZ, Ort)</b>	
<b>Telefon-/Mobil-Nummer:</b>	
<b>Email-Adresse</b>	
<b>Die folgenden 3 Zeilen sind nur von Privatpatienten auszufüllen</b>	
<b>Name der privaten Krankenversicherung</b>	
<b>Basistarif</b>	
<b>Angaben zur hauptversicherten Person</b>	Name, Vorname:  Geb.-Dat. :  Adresse:

### Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken übermittelt werden dürfen. Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

**Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt die Abholung von Befunden und Bilddaten auf CD durch eine andere Person (z.B. Angehörige, Lebenspartner/in, etc.) veranlassen, darf die Herausgabe nur an nachfolgend aufgeführte Personen erfolgen, die sich durch die Vorlage des Personalausweises identifizieren müssen:**

---

Personen (z.B. Angehörige) / Anschrift

---

Personen (z.B. Angehörige) / Anschrift

Darüber hinaus **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass die Mitarbeiterinnen der BAG Dr. Zilles & Hüttinger mich in das **Termin-Erinnerung-System** aufnehmen. Die Erinnerung kann mittels Telefon, SMS oder E-Mail, auch an die in meinem Haushalt lebenden Personen, erfolgen.

**Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Bevollmächtigten