



## Aufklärungsbogen: Magnetresonanztomografie

für \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

### die Magnetresonanztomografie (MRT) ...

...stellt eine der modernsten Entwicklungen in der diagnostischen Radiologie dar. Die MRT-Technik beruht auf der Verwendung eines starken Magneten und benötigt keine Röntgenstrahlen. Hierbei werden von Ihrem Körper Schichten aufgenommen, welche durch den hervorragenden Weichteilkontrast eine genaue Darstellung der Organe und Körperstrukturen erlauben. Für manche Untersuchungen müssten Sie bei der Aufnahme kurz die Luft anhalten.

Insgesamt stellt die MRT eines der körperschonendsten bildgebenden Verfahren in der Medizin dar.

Bei Platzangst geben Sie uns bitte Bescheid, die Untersuchung kann entweder unter der Gabe von Beruhigungsmitteln erfolgen (Begleitperson erforderlich), oder im **offenen MRT** im Elisabethenstift.

### Die Gabe von Kontrastmittel...

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

...kann abhängig von der Fragestellung und dem Befund über eine Unterarmvene intravenös notwendig werden. Das benutzte Kontrastmittel zeichnet sich durch seine hervorragende Verträglichkeit aus. Nur in sehr seltenen Fällen kann es zu Unverträglichkeitsreaktionen (wie Hautrötung, Hautjucken, Husten, Erbrechen, Blutdruckabfall) kommen.

### Die Gabe von Medikamenten...

...kann in seltenen Fällen erforderlich sein, wenn z.B. mit Buscopan die Darmbewegung ausgeschaltet und damit die Bildqualität verbessert werden soll. Bitte informieren Sie uns vor der Untersuchung, wenn Sie an einem erhöhten Augeninnendruck leiden (sogenannter Grüner Star).

### Wie bereiten Sie sich vor?

Bitte bringen Sie zur Untersuchung falls möglich vorhandene Unterlagen bzw. Voruntersuchungen mit.

**Bitte beantworten Sie sorgfältig folgende Fragen:**

**Größe** \_\_\_\_\_ **Gewicht** \_\_\_\_\_

Nierenfunktionsstörung  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Kontrastmittelallergie im MRT  nein  ja, wann \_\_\_\_\_  
Sonstige Allergien  nein  ja, wann & welche \_\_\_\_\_

Schwangerschaft, Stillperiode  nein  ja  
(bei einer Schwangerschaft besprechen wir die Indikation mit Ihnen)

Spirale zur Verhütung  nein  ja  
(im Anschluss an die Untersuchung muss eine Kontrolle der Spirale erfolgen)

Augeninnendruckerrhöhung  nein  ja  
(sog. Grüner Star)

Tumorerkrankung  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Herz-/Gefäßerkrankung  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Befinden sich Metallteile (Granatsplitter ,Gefäßclips nach OP. etc.)in Ihrem Körper  
Sind Sie z B. an Auge, Ohr oder Gehirn operiert mit Implantation von metallischen  
Gegenständen (dann sagen Sie uns bitte Bescheid)  
 nein  ja, welche \_\_\_\_\_

**Herzschrittmacher**  **nein**  **ja**

(Herzschrittmacher-Patienten können wir in Zusammenarbeit mit dem Kardiologen an  
unserem offenen Kernspin im Elisabethen-Stift eine MRT-Untersuchung anbieten)

**Bitte legen Sie vor der Untersuchung sämtliche metallischen Gegenstände ab  
wie z.B. Brille, Scheckkarte, Uhr, Schlüssel, Geldstücke, Hosengürtel.  
Zur Vermeidung von Gehörschäden muss der Gehörschutz von Ihnen  
sorgfältig eingesetzt werden. Gehörschäden durch Lärmbelastung sind extrem  
selten.**

**Ich bestätige, dass ich die Erläuterungen zur MRT-Untersuchung sowie  
zu den Risiken sorgfältig gelesen habe.**

**Nach ausreichender Bedenkzeit habe ich keine weiteren Fragen und bin  
mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.**

**Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_