



Aufklärungsbogen: MRT des Herzens und der Gefäße

für _____ geboren am _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Magnetresonanztomographie (MRT) ...

...stellt eine der modernsten Entwicklungen in der Diagnostik von Gefäß- und Herzerkrankungen dar (MR-Angiographie bzw. Cardio-MRT). Diese Technik beruht nicht auf der Verwendung von Röntgenstrahlen, sondern von elektromagnetischen Feldern, die nach bisherigen wissenschaftlichen Kenntnissen unschädlich sind. Somit stellt die MRT ein besonders körperschonendes Verfahren dar.

Ein klopfendes Geräusch während der Messung ist gerätetypisch und braucht Sie nicht beunruhigen. Bitte legen Sie wegen der Magnetfelder vor der Untersuchung alle Metallgegenstände (Münzgeld, Schlüssel, Geldbörse, Schmuck, Haarnadeln etc.) ab. Ebenso dürfen elektromagnetisch empfindliche Gegenstände (Uhren, Mobiltelefone, Bankkarten mit Magnetstreifen, Hörgeräte etc.) nicht in den Untersuchungsraum mitgenommen werden. Bitte lassen Sie diese Gegenstände in Ihrer Kabine zurück.

Die Gabe von Kontrastmittel...

...ist insbesondere zur Darstellung der Herzmuskeldurchblutung und der Gefäße erforderlich. Dabei wird das Kontrastmittel über eine Unterarmvene eingebracht. 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...

...wie Adenosin kann erforderlich sein, um eine körperliche Belastungsuntersuchung zu simulieren. Auch diese Medikamente werden unproblematisch in eine Armvene gespritzt. Aufgrund der gefäßerweiternden Wirkung von Adenosin kann es in sehr seltenen Fällen zu Hautrötung, Hauterwärmung oder Blutdruckabfall kommen. Ebenfalls sehr selten können Luftnot, Schwindel, Kopfschmerzen, Herzrhythmusstörungen und ein langsamer Puls auftreten. Die Wirkung von Adenosin endet nach wenigen Sekunden, so dass die genannten Nebenwirkungen gewöhnlich nur sehr kurz auftreten. Zudem wird Ihr Herzschlag ständig geprüft und Sie können sich mit einer Alarmklingel während der Untersuchung bemerkbar machen.

Wie bereiten Sie sich vor?

Bitte bringen Sie zur Untersuchung möglichst alle vorhandenen Unterlagen zu Ihrer Gefäß- bzw. Herzsituation mit. Zumindest den aktuellen Arztbrief sollten Sie bitte zuvor organisieren. Im Falle einer Bypass-Untersuchung besorgen Sie bitte den entsprechenden OP-Bericht vor der Untersuchung. Bitte bringen Sie den aktuellen Blutwert „Kreatinin“ mit.

Falls bei Ihnen eine Medikamentengabe vorgesehen ist (Durchblutungsmessung des Herzens, Bypassuntersuchung), dürfen Sie 24 Stunden vor der Untersuchung folgende Substanzen nicht zu sich nehmen: Kaffee, Tee, Cola, Schokolade, Energy-Drinks und die Medikamente Theophyllin oder Dipyridamol.

Rückfragen bitte an
Priv.-Doz. Dr. med. Oliver Mohrs
mohrs@radiologie-darmstadt.de

Bitte beantworten Sie sorgfältig folgende Fragen:

Größe _____ **Gewicht** _____

Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Luftnot	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzstolpern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grüner Star (Augeninnendruckerhöhung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rauchen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herz-/Gefäßerkrankung in der Familie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer _____		

sonstige Herzerkrankung jawenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzoperationen wenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--	---	--	--

Herzschrittmacher implantiert nein ja
-wenn ja, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden!-

Herzkatheter erfolgt wenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Implantate im Herzen wenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---	---	---

Haben Sie innerhalb der letzten 24 Stunden folgende Substanzen zu sich genommen:

- Kaffee, Tee, Cola, Schokolade, Energy-Drinks
- die Medikamente Theophyllin oder Dipyridamol

nein ja, welche und wann _____

Allergien bekannt nein ja, welche? _____

Metallteile oder -splitter im Körper	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____
Platzangst	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schwangerschaft, Stillperiode	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Intrauterinpessar (IUP, sog. „Spirale“)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Neurostimulator, Medikamentenpumpe nein ja
wenn ja, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden!-

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 _____