



## Aufklärungsbogen: Magnetresonanztomografie (MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

... die **MRT** ist eine der modernsten Entwicklungen der diagnostischen Radiologie. Die MRT-Technik beruht auf der Verwendung eines starken Magneten und benötigt keine Röntgenstrahlen. Bei der MRT werden Schichtaufnahmen Ihres Körpers erstellt, die eine genaue Darstellung der Organe und Körperstrukturen mit hervorragendem Weichteilkontrast erlauben. Für eine optimale Bildqualität werden wir Sie bitten, bei Untersuchungen von Lunge und Oberbauch kurz die Luft anzuhalten, um Atembewegungen zu vermeiden.

Insgesamt ist die MRT eines der schonendsten bildgebenden Verfahren in der Medizin. Das Einzige, was Sie während der Untersuchung spüren, sind leichte Vibrationen des Gerätes sowie ein lautes Klopfen und Brummen. Um Ihre Ohren vor den lauten Geräuschen zu schützen, erhalten Sie von uns einen Gehörschutz.

Bei Platzangst geben Sie uns bitte Bescheid, die Untersuchung kann unter der Gabe von Beruhigungsmitteln erfolgen (dann wird eine Begleitperson erforderlich, anschließend dürfen Sie wegen der eingeschränkten Reaktionsfähigkeit und Unfallgefahr am gleichen Tag kein Fahrzeug führen!).

### Die Gabe von Kontrastmittel...

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

... kann abhängig von der Fragestellung und dem Befund intravenös notwendig sein. In diesem Fall wird es per Injektion über eine Unterarmvene gegeben. Unser MRT-Kontrastmittel zeichnet sich durch seine hervorragende Verträglichkeit aus. Nur in sehr seltenen Fällen kann es zu Unverträglichkeitsreaktionen (wie Hautrötung, Hautjucken, Husten, Erbrechen, Blutdruckabfall) kommen. Extrem selten werden Verletzungen der Blutgefäße, Haut-, Weichteil- und Nervenschäden durch die Injektion gesehen, die eine Behandlung (medikamentös/operativ) erforderlich machen und anhaltende Beschwerden nach sich ziehen können.

### Die Gabe von Medikamenten...

...kann in seltenen Fällen erforderlich sein, wenn z.B. mit Buscopan die Darmbewegung vermindert und damit die Bildqualität verbessert werden soll. Bitte informieren Sie uns vor der Untersuchung, wenn Sie an „Grünem Star“ (erhöhtem Augeninnendruck) leiden.

### Wie bereiten Sie sich vor?

Bitte bringen Sie zur Untersuchung Ihre ärztlichen Unterlagen (insbesondere von Voruntersuchungen) sowie den Laborwert „Kreatinin“ mit, falls eine Kontrastmittelgabe geplant ist.

Um die Untersuchung optimal zu planen und mögliche Risiken für Sie ausschließen zu können, bitten wir Sie nun, den Fragebogen auf der **Rückseite** sorgfältig durchzugehen und alle Fragen zu beantworten. Wenn Ihnen etwas unklar ist, sprechen Sie uns gerne an!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung Ihrer **Magnetresonanztomographie (MRT)**

bitten wir Sie um Beantwortung einiger wichtiger Fragen:

Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie? Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Tragen Sie...

- einen **Herzschrittmacher oder Defibrillator**? \_\_\_\_\_ nein ja
- **Metallteile** im Körper (medizinische Implantate, Granatsplitter) \_\_\_\_\_ nein ja
- **medizinische Materialien** nach OP an Augen/Ohr/Hirn(Gefäßclips)? \_\_\_\_\_ nein ja
- **Metallschmuck** (Piercing) oder **Tätowierungen**? \_\_\_\_\_ nein ja

Haben Sie...

- schon einmal **MRT-Kontrastmittel** bekommen? nein ja
- ... und dieses gut vertragen? nein ja

Leiden Sie an...

- einer **Erkrankung oder Funktionsstörung der Nieren**? \_\_\_\_\_ nein ja
- **Allergien**? Wenn ja – welche? \_\_\_\_\_ nein ja
- **ansteckenden Krankheiten**? (Hepatitis, HIV, MRSA u.a.) \_\_\_\_\_ nein ja
- **erhöhtem Augeninnendruck** (Grüner Star)? \_\_\_\_\_ nein ja
- einer **Tumorerkrankung**? Wenn ja – welche? \_\_\_\_\_ nein ja
- **Erkrankungen von Herz und Gefäßen**? \_\_\_\_\_ nein ja

Sind Sie **Patientin** und...

- könnte bei Ihnen eine **Schwangerschaft** bestehen? nein ja
- tragen Sie eine **Spirale**? (Diese muss nach der MRT kontrolliert werden!) nein ja
- **stillen** Sie ein Kind? nein ja

ärztliche Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Ihre Daten werden nach der **ärztlichen Schweigepflicht** und den **gesetzlichen Bestimmungen** vertraulich behandelt. Sind Sie einverstanden, dass wir Ihr Untersuchungsergebnis an Ihre behandelnden Ärzte (in Praxis/Krankenhäusern) weiterleiten (wenn nicht, oder wenn Sie Ihr Einverständnis widerrufen, brauchen Sie es nicht zu begründen)? nein ja

Möchten Sie diesen Aufklärungsbogen mitnehmen? nein ja

Bitte **legen Sie** zur Untersuchung sämtliche **metallischen Gegenstände ab** (Brille, Scheckkarte, Uhr, Schlüssel, Geldstücke, Piercing, Hosen mit Metallknöpfen, Gürtel, Hörgeräte etc.)

Gehörschäden durch Lärmbelastung sind extrem selten – dennoch bitten wir Sie, den **angebotenen Gehörschutz sorgfältig einzusetzen**.

**Ich bestätige, dass ich die Erläuterungen zur MRT und den Risiken sorgfältig gelesen habe. Nach ausreichender Bedenkzeit habe ich keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.**

Unterschriften:

Datum \_\_\_\_\_ Patient \_\_\_\_\_ Arzt \_\_\_\_\_ MTRA (Scan) \_\_\_\_\_ Seite 2/2