



Aufklärungsbogen: Magnetresonanztomografie (MRT)

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 unter der Gabe von Beruhigungsmitteln erfolgen (Begleitperson erforderlich, anschließend an diesem Tag kein aktives Führen von Fahrzeugen möglich).

Die Gabe von Kontrastmitteln...

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

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung der **Magnetresonanztomographie (MRT)** bitten wir um Beantwortung einiger Fragen:

Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie? Größe:cm Gewicht:Kg

Tragen Sie...

- ... einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? ☐ NEIN ☐ JA
- ... Metallteile im Körper (medizinische Implantate, Granatsplitter) ☐ NEIN ☐ JA
- ... medizinische Materialien nach Operationen 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?** ☐ NEIN ☐ JA
Wenn ja: An welchen?.....
- ... ansteckenden Krankheiten? (Hepatitis, HIV u.a.) ☐ NEIN ☐ JA
Wenn ja: An welchen?
- ... erhöhtem Augeninnendruck (Grüner Star)? ☐ NEIN ☐ JA
- ... einer Tumorerkrankung? ☐ NEIN ☐ JA
Wenn ja: An welcher?
- ... Erkrankungen von Herz und Gefäßen? ☐ NEIN ☐ JA
Wenn ja: An welchen?

Sind Sie Patientin und könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft bestehen? ☐ NEIN ☐ JA

Sind Sie Patientin und tragen Sie eine Spirale? ☐ NEIN ☐ JA

Hinweis: Diese muss nach der MRT kontrolliert werden!

Sind Sie Patientin und stillen Sie ein Kind? ☐ NEIN ☐ JA

Ärztliche Anmerkungen:

Ihre Daten werden in unserer Praxis nach der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Bestimmungen vertraulich behandelt. Sind Sie einverstanden, wenn 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

Sind Sie zudem damit einverstanden, dass wir Ihnen und Ihren behandelnden Ärzten das Untersuchungsergebnis auf elektronischem Weg (<https://healthdataspace.org/>) übermitteln. ☐ NEIN ☐ JA

Ich möchte das Original dieses Aufklärungsbogens mitnehmen ☐ NEIN ☐ JA

Hinweis: In jedem Fall wird eine Kopie in der Praxis archiviert.

Bitte legen Sie vor der Untersuchung sämtliche metallischen Gegenstände ab (Brille, Scheckkarte, Uhr, Schlüssel, Geldstücke, Hosen mit metallenen Knöpfen, 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 zu den mit ihr verbundenen Risiken sorgfältig gelesen habe. Nach ausreichender Bedenkzeit habe ich keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der Untersuchung und der Gabe eines Kontrastmittels einverstanden.

Unterschriften:

Datum: Patient: Arzt: MTRA (Scan):