



RADIOLOGISCHE
GEMEINSCHAFTSPRAXIS

FEHLHABER | HELLING | ROTTE

MRT

Aufklärungsbogen zur Magnetresonanztomographie (MRT)

Nachname / Name: -----

Geburtsdatum: -----

Adresse: -----

Beruf: -----

Telefonnummer: -----

Hausarzt: -----

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Kernspintomographie oder MRT (Magnet-Resonanz-Tomographie) ist ein hochmodernes Untersuchungsverfahren, bei dem Schichtaufnahmen des Körpers angefertigt werden. Die Aufnahmen werden in einem Magneten ohne Röntgenstrahlen erstellt. Bisher sind keine schädigenden Wirkungen des Magnetfeldes auf den Menschen bekannt. Trotz des sehr starken Magnetfeldes dürfen die meisten Menschen mit operativ eingebrachten metallischen Fremdkörpern untersucht werden. Lebensgefahr besteht allerdings bei Trägern von Herzschrittmachern. Gefährlich sind zudem „nicht medizinische“ metallische Fremdkörper z. B. durch Unfälle. Frische Tattoos können zu lokalen Verbrennungen führen.

Die Untersuchung dauert ca. 20 bis 30 Minuten.

Menschen mit starker Platzangst können vor der Untersuchung eine Beruhigungsspritze erhalten (bitte bevor Sie in die Kabine gehen, unbedingt die Assistentin informieren). Sie müssen hierfür jedoch in Begleitung sein. Eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr ist dann am selben Tag nicht mehr erlaubt.

Gelegentlich ist es notwendig ein Kontrastmittel über eine Armvene zu verabreichen. An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Injektion – zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Allergische Reaktionen sind ebenfalls selten. Vorsicht ist lediglich bei eingeschränkter Nierenfunktion geboten, daher müssen uns auch Ihre Nierenwerte (Kreatinin) bekannt sein. Alle metallischen Gegenstände müssen vor Betreten des Untersuchungsraumes abgelegt werden.

Da die zeitliche Dauer einer MRT – Untersuchung vorher nicht präzise festzulegen ist, kann unser Zeitplan schon einmal überschritten werden. Hierzu kommen die akuten Notfälle, denen wir gerecht werden müssen. Haben Sie also bitte Verständnis dafür, wenn Ihnen trotz aller Vorkehrungen Wartezeiten entstehen.

Sie müssen in der Umkleidekabine sämtliche Metallteile (Uhr, Brille, Hörgerät, Gürtel, Ringe, Geldmünzen, Kleidungsstücke mit Metallteilen, Schlüssel, Kugelschreiber, Haarspangen, Anstecknadeln etc.) ablegen, da diese einerseits die Untersuchung stören andererseits Unfälle verursachen können. Analoge Uhren, Scheck-/Kreditkarten mit Magnetstreifen werden im MRT-Untersuchungsraum unwiderruflich zerstört.

Um mögliche Komplikationen zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

	ja	nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wurde bei Ihnen eine Operation am Herzen, am Kopf oder an einem Gelenk durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie Implantate? (Defibrillator, Herzklappe, Ohrimplantat,...) Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie Metallteile oder Metallsplitter im Körper? (Metallprothesen, Metallclips, Granatsplitter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie Träger eines Hörgerätes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leiden Sie unter Platzangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder sind Sie schon an der Niere operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie Dialysepatient? (Blutreinigungsverfahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeiten? * Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leiden Sie unter Herzrhythmusstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leiden Sie unter erhöhten Augeninnendruck (Glaukom/Grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? (HIV, Hepatitis, Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bitte Körpergewicht: ____ kg und Körpergröße: ____ cm eintragen.		
- Für Frauen:		
Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einwilligungserklärung:

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein. Hiermit bestätige ich, dass alle von mir geforderten Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich bin über mögliche Komplikationen der Untersuchung unterrichtet worden.

Ich bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden und willige hiermit in die Untersuchung ein.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Datum

Unterschrift des Patienten