

Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie (MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Auf Anweisung Ihres behandelnden Arztes soll bei Ihnen eine kernspintomographische Untersuchung durchgeführt werden. Dieses Untersuchungsverfahren kommt völlig ohne Röntgenstrahlen aus.

Ohne schädigende Einflussnahme können mittels Radiowellen in einem starken Magnetfeld aus allen Bereichen des menschlichen Körpers überlagerungsfreie Schnittbilder erzeugt werden. Die Untersuchung ist schmerzfrei, allerdings werden technisch bedingt laute Klopf- und Brummgeräusche erzeugt. Aus diesem Grund bekommen Sie von uns einen Gehörschutz angeboten.

Vor der Untersuchung:

Um die wenigen Patienten herauszufiltern, bei denen eine MRT-Untersuchung nicht oder nur unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen möglich ist, bitten wir um gewissenhafte Beantwortung der umseitigen Fragen. Hierzu gehören Patienten mit Herzschrittmachern/Defibrillatoren oder Cochlea-Implantaten. Vorsicht gilt auch bei implantierten Medikamentenpumpen (z.B. von Insulin oder Schmerzmitteln), Neurostimulatoren sowie Shuntträgern.

Vor Betreten des Untersuchungsraumes werden Sie aufgefordert, sämtliche metallische Gegenstände abzulegen. Dazu gehören z.B. Armbanduhr, Brille, Hörgeräte, Haarnadeln, Schmuck (auch vermeintlich festsitzende Ohringe und Piercings), Gürtel, Geldbörse und Schlüsselbund. Scheckkarten und andere Magnetstreifenkarten werden durch das generell im Untersuchungsraum vorherrschende Magnetfeld unwiderruflich gelöscht!

Untersuchungsablauf:

Für die Untersuchung werden Sie auf einem fahrbaren Tisch je nach Untersuchungsregion in Bauch- oder Rückenlage positioniert und so weit in die beleuchtete, 70 cm durchmessende Röhre gefahren, dass das interessierende Organ im Zentrum des Magnetfeldes liegt. Zusammen mit unseren Mitarbeitern sollten

Sie eine möglichst bequeme Lagerung finden, da die Untersuchung zwischen 15 und 30 Minuten dauern kann und Bewegungen die Aufnahmen soweit stören können, dass die Aussagekraft leidet oder nicht mehr gegeben ist. Durch ein großes Fenster stehen wir jederzeit in Sichtkontakt mit Ihnen, über Mikrofon können Sie sich auch durch Sprache mit uns verständigen.

Falls Sie unter Platzangst leiden, können beruhigende Medikamente eingesetzt werden, die Sie jedoch für 24 Stunden lang fahrtüchtig machen (eine Begleitperson ist mitzubringen). Während dieses Zeitraumes ist Alkohol zu vermeiden. Sollte während der Untersuchung Beklemmung auftreten, können Sie sich auch mit einer Notfallklingel bemerkbar machen. Berücksichtigen Sie, dass jede Unterbrechung zu einer Wiederholung der laufenden Messung führt und die Untersuchungszeit verlängert.

Kontrastmittelgabe:

Je nach Fragestellung kann der Einsatz eines Kontrastmittels erforderlich werden, welches über eine Armvene verabreicht wird. Hierdurch können spezielle Veränderungen besser dargestellt oder charakterisiert werden. Wie bei jedem Medikament können – wenn auch sehr selten – Nebenwirkungen sowie allergische Reaktionen auftreten. Hierzu zählen kurzzeitige metallische Geschmacksempfindungen, Übelkeit und in sehr seltenen Fällen Haut- und Kreislaufreaktionen, für welche wir entsprechende Gegenmittel vorhalten.

Durch eine Schwäche der Venenwand können geringe Mengen des Kontrastmittels auch in die angrenzenden Weichteile gelangen (sog. Paravasat), welches mit einer vorübergehenden Schwellung und lokalen Entzündungsreaktion einhergehen kann. Sollten die Beschwerden auch nach 3 Tagen anhalten, bitten wir um Wiedervorstellung. Bitte beachten Sie, dass ein kleiner Bluterguss an der Einstichstelle häufiger auftreten kann und keinen Anlass zur Beunruhigung gibt.

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten – für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung !!!

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Telefonnummer: _____ Gewicht: _____

Tragen Sie

- einen **Herzschrittmacher** ? ja nein
- einen **Neurostimulator** oder eine implantierte **Medikamentenpumpe** ? ja nein
- ein **Innenohrimplantat** (CI = Cochlea-Implantat = Hörprothese) ? ja nein
- ein **Hörgerät** (kann zerstört werden und muss abgelegt werden!!!) ? ja nein
- einen **Ventrikelschunt** ?..... ja nein

Sind Sie **an Kopf oder Herz operiert** worden ? ja nein

Haben Sie **Metallteile im Körper** (z.B. Nägel, OP-Clips, Prothesen, Granatsplitter) ? ja nein

Sind **ansteckende Krankheiten** bekannt (z.B. HIV, Hepatitis, MRSA, Tbc) ? ja nein

Wurde bei Ihnen eine **Organtransplantation** durchgeführt ? ja nein

Ist eine **Nierenerkrankung/-funktionseinschränkung bekannt** ? ja nein

Leiden Sie unter **erhöhtem Augeninnendruck** (sog. grüner Star) ? ja nein

Besteht die **Möglichkeit einer Schwangerschaft** ? ja nein

Traten **bei früheren MRT-Untersuchungen** mit Kontrastmittel **Reaktionen** auf (z.B. Übelkeit, Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufschwäche) ? ja nein

Sind Sie mit einer evtl. erforderlichen Kontrastmittel-Gabe einverstanden?..... ja nein

Leiden Sie unter **Platzangst**?..... ja nein

Für Patienten mit Platzangst: Wünschen Sie ein Beruhigungsmittel?..... ja nein

max. _____ mg Diazepam i.v.

Gesprächsnotizen durch den Arzt:

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens ja nein

Einwilligungserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. Über den Hergang und Risiken einer MRT-Untersuchung sowie der eventuell erforderlichen Kontrastmittelgabe bin ich aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen mehr. Ich bin darüber informiert worden, dass ich im Falle der Verabreichung eines Beruhigungsmittels 24 Stunden lang kein Fahrzeug führen und keine Maschinen bedienen darf.

Im Falle dessen, dass ich eine Kopie des Aufklärungsbogens wünsche, bestätige ich mit meiner Unterschrift ebenfalls den Erhalt des Aufklärungsbogens.

Peine, den _____

Datum

Unterschrift Patient / Betreuer / Erziehungsberechtigter

Unterschrift Radiologe