



Diagnostische Radiologie MVZ am DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein

Aufklärungsbogen zur Kernspintomographie

Name, Vorname: _____

Telefonnummer(n): _____

Geb. Datum: _____

Größe: _____ **cm** **Gewicht:** _____ **kg**

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

die Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) ist ein modernes Untersuchungsverfahren, das ohne Röntgenstrahlung auskommt. Mittels eines starken Magnetfeldes und eines Sende- und Empfängersystems für Radiowellen werden Schnittbilder der untersuchten Körperregionen erstellt.

Im Falle einer Schwangerschaft besteht ein Risiko für das ungeborene Kind. Aus diesem Grund muss der behandelnde Arzt unbedingt auf eine mögliche Schwangerschaft hingewiesen werden!

Untersuchungsablauf

Sie werden auf einer beweglichen Liege langsam in die etwa 70 cm große Öffnung des Gerätes gefahren.

Während der Messperioden, sollten Sie möglichst ruhig und entspannt liegen. Bereits kleinste Bewegungen können die Bildqualität erheblich beeinträchtigen. Die einzelnen Messzeiten erkennen Sie an einem klopfenden Geräusch, das vom Gerät erzeugt wird. Deshalb erhalten Sie einen Gehörschutz. Trotzdem wird gelegentlich von Ohrgeräuschen nach der Untersuchung berichtet, die in der Regel jedoch wieder abklingen.

Gleichmäßiges Atmen und gelegentliches Schlucken stören die meisten Untersuchungen nicht. Bei Untersuchungen des Halses sollten Sie währenddessen nicht schlucken. Bei Untersuchungen des Bauchraumes atmen Sie bitte nur flach, sofern Ihnen keine anderen Anweisungen gemacht werden.

Kontrastmittel

Abhängig von der Fragestellung kann es sinnvoll sein, Ihnen während der Untersuchung ein Kontrastmittel in die Armvene zu spritzen. Dieses Kontrastmittel enthält kein Jod, es kann auch bei bekannter Allergie gegen Röntgenkontrastmittel gegeben werden. Die verwendeten Kontrastmittel sind sehr gut verträglich.

Selten kommt es zu leichten allergischen Reaktionen auf das Kontrastmittel (Brech- und Juckreiz oder Hautausschlag). Diese Reaktionen klingen in der Regel auch ohne Behandlung von allein ab.

Sehr selten kommt es zu schweren Reaktionen, verbunden mit einer Schleimhautschwellung im Kehlkopf, zu Herz- und Kreislaufversagen, zu Atemstörungen und Krampfanfällen, die der sofortigen ärztlichen Hilfe bedürfen. Hier kann es u. U. zu einer lebensbedrohlichen Situation oder infolge mangelnder Organdurchblutung, zu bleibenden Schäden kommen.

Extrem selten kann es infolge von Einspritzungen (z. B. Spritzenabszess, Nerven- und Venenreizung) zu Schädigungen kommen, die medikamentös oder operativ behandelt werden müssen und lang anhaltende Beschwerden (Narben, Taubheitsgefühl) zur Folge haben können.

Sollten Sie sich unwohl fühlen, können Sie die Untersuchung jederzeit über eine Alarmklingel abbrechen.

Vermeidung von Risiken

Die Kernspintomographie darf bei einem bestimmten Personenkreis nicht durchgeführt werden. Zur Vermeidung von möglichen Risiken, beantworten Sie bitte folgende Fragen auf der Rückseite:

Besteht eine Allergie / Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten, Pflaster oder Kontrastmitteln? _____ JA ☐ NEIN ☐

Besteht eine starke Einschränkung der Nierenfunktion oder eine andere Nierenerkrankung? Ist der Nierenfunktionswert bekannt (GFR, Kreatinin)? Müssen Sie regelmäßig zur Blutwäsche (Dialyse)? _____ JA ☐ NEIN ☐

Haben Sie bereits einmal MRT-Kontrastmittel i.v. erhalten? _____ JA ☐ NEIN ☐

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? _____ JA ☐ NEIN ☐

Patientinnen mit kleinen Kindern: Stillen Sie zur Zeit? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wurde bereits eine MRT oder CT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, wo und wann? _____

Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit (z. B. Hepatis, HIV, Tbc)? _____ JA ☐ NEIN ☐

Sind Sie mit einer i.v. KM-Gabe einverstanden? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wurde bei Ihnen eine (Tumor-)Erkrankung festgestellt? Wenn ja, welche? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wurde diese bereits behandelt? Wenn ja, wie? _____

In Ihrem Körper tragen Sie ein/einen/eine/mehrere

Herzschrittmacher / implantierter Defibrillator (AICD) _____ JA ☐ NEIN ☐

Künstlichen Herzklappenersatz _____ JA ☐ NEIN ☐

Gefäßstützen (Stents), insbesondere medikamentös beschichtete Stents _____ JA ☐ NEIN ☐

Gefäßclips (Aneurysma-Clips) im Kopf _____ JA ☐ NEIN ☐

Stimulationssonden / Reizelektroden (z. B. Hirn- oder Blasenschrittmacher) _____ JA ☐ NEIN ☐

Innenohrprothese (Cochlear Implant) _____ JA ☐ NEIN ☐

Mittelohrprothese (z.B. „Vibrant Soundbridge“) _____ JA ☐ NEIN ☐

Hörgerät _____ JA ☐ NEIN ☐

Medikamentenpumpen (z. B. Insulinpumpe, Schmerzmittelpumpe) _____ JA ☐ NEIN ☐

Prothesen / Implantate, die magnetisch gehalten werden _____ JA ☐ NEIN ☐

Ventrikelschunt (Hirnwasserableitung in Bauchfellraum oder in den Herzvorhof) _____ JA ☐ NEIN ☐

Gliedmaßenprothesen _____ JA ☐ NEIN ☐

Künstliche Gelenke (Knie, Hüfte, Schulter) _____ JA ☐ NEIN ☐

Zahnspange / Zahnersatz _____ JA ☐ NEIN ☐

Piercing, Permanent Make-up oder Tätowierungen _____ JA ☐ NEIN ☐

Metallsplitter u. -fremdkörper (Granatsplitter, Splitterverletzungen, z. B. auch n. Schweißarbeiten) _____ JA ☐ NEIN ☐

Andere Metallimplantate wie Intrauterinpeppar („Spirale“) _____ JA ☐ NEIN ☐

Falls bekannt, geben Sie die Materialzusammensetzung (z. B. Titan, Stahl) und das ungefähre Implantationsdatum an:

Patienteninformationsverpflichtung: Dieses Formblatt wird bei uns für 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens auszuhändigen. Wenn Sie aus Gründen des Umweltschutzes darauf verzichten wollen, bitte hier ankreuzen:

Ich benötige eine Kopie _____ JA ☐ NEIN ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass von mir aktuelle und ältere angefertigte Bilddokumentationen und Befundberichte sowohl von uns bei behandelnden Ärzten angefordert als auch an diese weitergeleitet werden dürfen.

Datum / Unterschrift Arzt

Unterschrift des/r Patienten/in (bzw. Erziehungsberechtigten)