

# Aufklärungsbogen zur Kernspintomographie

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**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

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 Intrauterinpressar („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)