



Untersuchungsregion: _____

Untersuchungsdatum: _____

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

bei der Kernspintomographie werden keine Röntgenstrahlen oder radioaktive Substanzen angewandt. Sie sind insofern keiner Belastung durch Röntgenstrahlen ausgesetzt, vielmehr basiert die Untersuchung auf Magnetismus durch den bis zum heutigen Tag keine Schäden für ihren Körper bekannt sind.

Zur Untersuchung werden Sie auf einer fahrbaren Liege durch eine große Öffnung in einer beleuchteten Röhre von bis zu ca. 70 cm Durchmesser innerhalb des Magnetfeldes positioniert. In selteneren Fällen kann dies zu Beklemmungsgefühlen führen, in diesen Fällen kann ein Beruhigungsmittel eingesetzt werden.

Die Untersuchungszeit beträgt ca. 15 – 25 Minuten. Während der Messungen treten durch das Schalten der Magnetfelder laute Klopfgeräusche auf, durch den verabreichten Gehörschutz (Ohrstöpsel/Kopfhörer, am besten beides) wird Ihr Gehör gegen potentiell eintretende Gehörschädigung geschützt.

Nur bei absoluter Bewegungslosigkeit kann das für Sie so wichtige einwandfreie Bildmaterial erstellt werden - eine einmalige Bewegung kann eine ganze Messung unscharf bzw. unbrauchbar machen, so dass sich die Untersuchungszeit durch Wiederholung deutlich verlängern kann.

Kontrastmittel:

Bei bestimmten Fragestellungen kann die Aussagekraft der Bilder durch die intravenöse Injektion eines Kontrastmittels erheblich verbessert werden. Ob Kontrastmittel benötigt wird, ergibt sich oft erst während der Untersuchung. Da es sich hierbei nicht um ein jodhaltiges Kontrastmittel (CT) handelt, sind Schilddrüsenerkrankungen nicht relevant.

Bei deutlich eingeschränkter Nierenfunktion kann es in extrem seltenen Fällen zu Nebenwirkungen wie der nephrogenen systemischen Fibrose (NSF) kommen, weshalb Einschränkungen der Nierenfunktion mitgeteilt werden müssen. Allergische Reaktionen oder andere Nebenwirkungen sind bei MR-Kontrastmitteln sehr selten. Dennoch legen Sie uns Ihren Allergiepass bitte vor, sofern vorhanden.

Bei der Infusion des Kontrastmittels kann es in seltenen Fällen zu Verletzungen des Gefäßes kommen, welches mit Schmerzen an der entsprechenden Infusionsstelle verbunden ist. **Bitte teilen Sie uns dies umgehend mit.**

Um eventuelle Risiken durch die Untersuchung oder die Kontrastmittelgabe für Sie möglichst zu erkennen, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? JA NEIN
→ Wenn JA ist eine kernspintomographische Untersuchung nicht möglich, bitte informieren Sie uns direkt an der Anmeldung und betreten Sie nicht das MRT-Gerät!
2. Sind Sie bereits an Herz oder Kopf operiert worden? JA NEIN
3. Haben Sie Metall, Fremdkörper oder sonstige medizinische Hilfsmittel im oder am Körper bzw. in der Haut? (z.B. künstliche Gelenke, Pumpsysteme, Stents, Tattoos, Clips nach Operationen, Kupferspiralen, Hormonspiralen, Metallsplitter etc.) JA NEIN
Wenn ja, welche:
4. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis, HIV) JA NEIN
5. Sind bei Ihnen Allergien, asthmatische Erkrankungen, Medikamentenunverträglichkeiten oder andere Überempfindlichkeiten bekannt? JA NEIN
Wenn ja, welche:

→ bitte wenden!

6. Ist Ihnen ein Nierenleiden bekannt? JA NEIN

7. Für die Geräteeinstellung/evtl. Kontrastmittel-Dosierung benötigen wir noch Ihr Gewicht: _____ kg
und die Größe: _____ cm

8. ***Nur für Frauen im gebärfähigen Alter:***

a) Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt? JA NEIN
Ungewiss

b) Stillen Sie? JA NEIN

⇒ Hiermit verzichte ich auf den Erhalt einer Kopie bzw. eines Durchschlages des Aufklärungsbogens

Vor der Untersuchung:

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.

Bitte fragen Sie uns bei jeglicher aufkommender Frage oder Unklarheit, bitte sprechen Sie uns an!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich keine weiteren Fragen habe bzw. alle mir notwendigen Fragen entsprechend geklärt und beantwortet wurden:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Patient/Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgerechtsberechtigter)

Einwilligung:

Diesen Aufklärungsbogen zur Kernspintomographie habe ich gelesen, verstanden und nach meinem besten Wissen beantwortet. Hiermit willige ich in die vorgeschlagene Untersuchung ein:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Patient/Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgerechtsberechtigter)

Pflichtfeld für techn. Personal (Abrechnungsrelevant!)

Anzahl der Sequenzen: _____

KM: _____ ml

Pat.-Name:

geb.:

oder Patientenaufkleber

App. Medikamente: Diazepam 10mg / Buscopan 40mg / Ferrum / Prednisolut / Ranitic / Dormicum / Fenistil / Solu-Decortin / Tavor / Tramal

Kurzanamnese / klinische Angaben: _____

Programm/Sequenzen: _____

Befund: 1. mitgeben, Patient wartet 2. Schicken Bilder vorab als: CD PP Folie

3. Faxen 4. wird abgeholt um _____ Uhr, am _____