

## Aufklärungsbogen zur Kernspintomographie (MRT, NMR)

Merkblatt/Aufklärung mit Einverständniserklärung

---

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

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

bei der Kernspintomographie werden keine Röntgenstrahlen oder radioaktive Substanzen angewandt, die Untersuchung basiert auf Magnetismus, der nach derzeitigen Wissensstand unschädlich für den Körper ist.

Für die Untersuchung werden Sie auf einer fahrbaren Liege durch eine große, helle Öffnung für ca. 12-20 min. im Magnetfeld positioniert. Die Positionierung erfolgt mittels Laser-Lichtvisier- bitte schließen Sie daher bei der Einstellung Ihre Augen! Bei manchen Patienten kann dies zu Beklemmungsgefühlen führen, sofern dies bei ihnen bekannt ist, kann ein Beruhigungsmittel eingesetzt werden.

Während der Messungen treten durch das Schalten der Magnetfelder laute Klopfgeräusche auf, durch den verabreichten Gehörschutz (Ohrstöpsel/Kopfhörer) 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.

**Hinweis:** bestimmte Metalle und Tätowierungen können sich abhängig von den Materialien während der Untersuchung ggf. erwärmen - bitte melden Sie sich umgehend, falls Sie in dem Bereich ein Hitzegefühl bemerken!

Bei bestimmten Krankheitsbildern oder zur Diagnosesicherung kann die intravenöse Injektion eines Kontrastmittels notwendig sein, in manchen Fällen erkennt man dies jedoch erst während der Untersuchung.

Bei deutlich eingeschränkter Nierenfunktion kann die Gabe von KM in extrem seltenen Fällen zu Nebenwirkungen wie der nephrogenen systemischen Fibrose (NSF) kommen, weshalb sie uns eine bekannte Nierenfunktionseinschränkung vor der Untersuchung bitte mitteilen. Allergische Reaktionen oder andere Nebenwirkungen sind bei MR-Kontrastmitteln sehr selten, dennoch legen Sie uns Ihren Allergiepass bitte in jedem Falle vor.

Bei der Infusion des Kontrastmittels kann es gelegentlich zu Reizungen oder Verletzungen des Gefäßes kommen, welches mit Schmerzen an der Infusionsstelle verbunden ist – bitte teilen Sie uns dies noch während der Infusion mit, damit wir den Zugang neu legen.

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 / Eventrecorder? JA  NEIN   
→ Wenn **JA** ist eine kernspintomographische Untersuchung ggf. **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 Implantate, med. Hilfsmittel oder sonstige Fremdkörper im / am Körper? (z.B. künstliche Gelenke, Pumpsysteme, Stents, Tattoos, Clips nach Operationen, Kupferspiralen, Hormonspiralen, Metallsplitter etc.)  
JA  NEIN   
Wenn ja, welche: .....  
Seit wann: .....
4. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis, HIV) JA  NEIN

→ bitte wenden!

5. Sind bei Ihnen Allergien, asthmatische Erkrankungen, Medikamentenunverträglichkeiten oder andere Überempfindlichkeiten bekannt?

JA

NEIN

Wenn ja, welche: .....

6. Ist bei Ihnen ein Nierenleiden bekannt?

JA

NEIN

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

Nur für Frauen im gebärfähigen Alter:

Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt?

Ungewiss

JA

NEIN

Stillen Sie?

JA

NEIN

Vor der Untersuchung:

Sie müssen in der Umkleidekabine alle Metallteile (Uhr, Brille, Hörgerät, Gürtel, Ringe, Geldmünzen, Schlüssel, Kugelschreiber, Haarspangen, Kreditkarten etc.) ablegen, da diese die Untersuchung stören, Unfälle verursachen und zerstört werden können.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich keine weiteren Fragen habe und alle mir notwendigen Fragen beantwortet wurden:**

.....  
Ort, Datum

Unterschrift(Patient/Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgerechtsberechtigter)

**Einwilligung:**

Diesen Aufklärungsbogen zur MRT-Untersuchung 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)