



Magnetresonanztomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

Haben Sie einen Herzschrittmacher, Event-Recorder oder eine künstliche Herzklappe ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und seit wann?
Ihre Körpergröße? cm Ihr Körpergewicht? kg	
Haben Sie eine Insulinpumpe ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Befinden sich sonstige metallische oder elektronische Implantate in/an Ihrem Körper? Z.B. Stents, Clips, Gelenkprothesen (Hüfte, Knie, Schulter, Wirbelsäule), Metallsplitter, Spirale , Akupunkturnadeln, Neurostimulator , Innenohrimplantat (Cochlea-Implantat), Tattoo, Piercing, Zahnspange?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und seit wann ?
Sind bei einer früheren MRT-Untersuchung mit Kontrastmittel Komplikationen aufgetreten?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Ist oder war bei Ihnen eine Infektionskrankheit z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Sind Allergien gegen Kontrastmittel oder andere Stoffe bekannt? Z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Pflaster?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Wurden Sie bereits an der zu untersuchenden Körperregion operiert ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was?
Sind bei Ihnen Lebererkrankungen bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Sind bei Ihnen Nierenerkrankungen oder eine Niereninsuffizienz bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Wurde bei Ihnen eine Leber- oder Nierentransplantation durchgeführt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Platzangst (Klaustrophobie, Angst in engen Räumen)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Lärmempfindlichkeit , Schwerhörigkeit oder einem Gehörschaden?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Name und Ort des Hausarztes (falls nicht Überweiser):	
Zusatzfragen für Frauen: Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche ?

■ Einverständniserklärung

Ich bin mit der Durchführung der **MRT-Untersuchung** einverstanden:



Ja:

Nein:

Ich bin ggf. mit der Gabe eines **Kontrastmittels** einverstanden:



Ja:

Nein:

Ich bin mit der **Übersendung von Befundberichten** an den überweisenden Arzt **und** an den Hausarzt einverstanden:



Ja:

Nein:

Sie können diese Willenserklärung mittels schriftlicher Mitteilung jederzeit widerrufen.



Datum




Ihre Unterschrift



Patienteninformation: Magnetresonanztomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

Ihr Name:

Ihr behandelnder Arzt hat für Sie eine **Kernspintomographie (MRT)** empfohlen. Die Untersuchung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass Ihre Erkrankung detaillierter diagnostiziert wird oder eine vermutete Erkrankung ausgeschlossen werden kann.

 **Bitte beachten Sie, dass wir als Radiologen keine Therapieempfehlungen geben können. Ihr behandelnder Arzt (Überweiser) wird sie über geeignete Therapien informieren.**

■ Was ist eine Magnetresonanztomographie (MRT)?

Die MRT ist ein **bildgebendes Verfahren**. Bilder werden durch ein **Magnetfeld** in Kombination mit **Radiowellen** gewonnen. Röntgenstrahlen werden nicht eingesetzt. Es ist extrem wichtig, dass sie **ruhig atmen** und sich während der Untersuchung **nicht bewegen**. Es besteht **Sichtkontakt** zwischen Ihnen und dem Personal mit Sprechverbindung. Für Notfälle bekommen Sie einen Ball in die Hand, der einen **Alarm** beim Personal auslöst, wenn Sie ihn zusammendrücken. Während der Untersuchung treten unbedenkliche, **Klopfgeräusche** auf.

■ Sind Komplikationen während der MRT möglich?

Nur in Ausnahmefällen. Bei Angst in engen Räumen (**Klaustrophobie**), sind **Angstzustände** möglich. Die Untersuchung kann jederzeit abgebrochen werden. Patienten und Begleitpersonen mit **Herzschrittmachern**, **Neurostimulatoren** und **Insulinpumpen** dürfen **nicht** in den Untersuchungsraum. Manche Implantate sind MRT-tauglich. Legen Sie uns vorhandene Implantatausweise unbedingt vor. **Elektronische Implantate, Datenträger, (z.B. Mobiltelefone, EC-, Kredit- oder sonstige Karten, Herz-Eventrecorder) können beschädigt oder Daten unwiederbringlich gelöscht werden.** Wir übernehmen für diese Schäden keine Haftung. Alle **metallhaltigen Gegenstände** sind wenn möglich abzulegen (Zahnersatz, Schmuck, Brille, Piercings, Akupunkturnadeln, Hörgeräte). Das Personal wird Sie ggf. bitten **Kleidungsstücke** abzulegen.

■ Welche Komplikationen sind durch das Kontrastmittel möglich?

Die Nebenwirkungsrate der modernen Kontrastmittel ist sehr gering. Durch die intravenöse Injektion kann es sehr selten zu **Blutergüssen, Entzündungen oder Infektionen** kommen. Sollte es zu einem **Paravasat** kommen, d.h. das Kontrastmittel fließt nicht in das Blutgefäß (Vene), sondern in das umliegende Gewebe, sind in aller Regel keine schwerwiegenden

Komplikationen zu erwarten. MRT-Kontrastmittel können sich in Geweben (Haut, Knochen, Gehirn) ablagern. Einzige bisher bekannte Erkrankung durch Ablagerungen in der Haut ist die **nephrogene systemische Fibrose (NSF)**. Seit 2009 ist kein neuer NSF-Fall bekannt geworden und die Erkrankung ist bisher **nur bei Patienten mit schweren Nierenschäden (sog. Niereninsuffizienz)** aufgetreten. Durch Kontrastmittel (und ggf. zusätzliche Medikamente) können sehr selten **Unverträglichkeitsreaktionen** und **allergische Reaktionen** auftreten. Es handelt sich in den meisten Fällen um milde Reaktionen (z.B. Hautausschlag, Übelkeit). **Schwere allergische Reaktionen** bis hin zum lebensbedrohlichen sog. anaphylaktischen Schock mit bleibenden Organschäden sind **sehr selten**. **Bitte trinken Sie in den ersten 24 Stunden nach der Untersuchung sehr viel (Wasser, Tee).**

■ Zusätzliche Informationen für Frauen

Informieren Sie uns, wenn Sie schwanger sind oder sein könnten. **In der Frühschwangerschaft kann das ungeborene Kind geschädigt werden.** Eine **Spirale (Intrauterinpessar)** zur Schwangerschaftsverhütung kann sich im Magnetfeld bewegen und die Wirkung kann verloren gehen. Bitte lassen Sie die Spirale nach der MRT von Ihrer Gynäkologin/Ihrem Gynäkologen überprüfen. Das **Abstillen** nach einer Kontrastmittelgabe ist nicht notwendig. Falls Sie abstillen möchten wird eine **24-stündige Stillpause** empfohlen.

■ Ablehnung der Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe

Durch eine **Ablehnung** der MRT-Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe können Ihnen **gesundheitliche Nachteile** entstehen. Therapien/Operationen können vielleicht nicht oder erst verspätet durchgeführt werden.

■ Datenschutz und Schweigepflicht

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt/Ihrer überweisenden Ärztin über die Untersuchungsergebnisse zu berichten. Alle externen Dienstleister, die mit Patientendaten in Kontakt kommen unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.

 **Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden:**



Datum

Ihre Unterschrift