



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 ablagern. Einzige bisher bekannte Erkrankung hierdurch 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. Bei Niereninsuffizienz spritzen wir kein Kontrastmittel.

Durch Kontrastmittel (und ggf. zusätzliche Medikamente) können **Unverträglichkeitsreaktionen** und **allergische Reaktionen** auftreten. Diese sind insgesamt **sehr selten** und es handelt sich in den meisten Fällen um milde Reaktionen (z.B. Hautausschlag, Übelkeit).

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 (Intrauterinpeessar)** 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