



Aufklärungsbogen für Kernspintomographie (MRT)

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
Gewicht: _____ kg
Größe _____ cm

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

auf Anweisung Ihres behandelnden Arztes soll bei Ihnen eine kernspintomographische Untersuchung erfolgen. Bei dieser Untersuchungstechnik werden keine Röntgenstrahlen eingesetzt.

Untersuchungsablauf

Der Kernspintomograph ist ein Gerät zur Herstellung von überlagerungsfreien Schnittbildern in beliebiger Orientierung aus allen Bereichen des menschlichen Körpers. Diese Bilder werden mittels Radiowellen in einem starken Magnetfeld erzeugt.

Während der Untersuchung, die ca. 20 Minuten dauert, werden Sie auf einer fahrbaren Liege in einer beleuchteten offenen Röhre positioniert und dem Magnetfeld ausgesetzt. Die Untersuchung ist schmerzfrei. Die Erzeugung der Radiowellen verursacht allerdings laute Brumm- oder Klopfgeräusche, daher bekommen Sie von uns einen Kopfhörer oder Ohrstöpsel als Gehörschutz.

Risiken der Untersuchung

Es sind keine gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen dieses Magnetfeldes bekannt. Jedoch können Metallteile, die im oder am Körper getragen werden, ihre Lage unkontrolliert verändern und so zu einer Gefahr werden. Auch Herzschrittmacher können durch das Magnetfeld und die Radiowellen in ihrer Funktion beeinträchtigt werden, so dass Patienten mit einem Herzschrittmacher nur untersucht werden können, wenn es sich um ein MRT-kompatibles Gerät handelt.

In seltenen Fällen kann es zu Beklemmungsgefühlen kommen. Falls Sie unter Platzangst leiden, verständigen Sie uns bitte vor der Untersuchung. Wenn erforderlich kann dann ein Beruhigungsmittel eingesetzt werden. In diesem Fall kommen Sie bitte mit einer Begleitperson zur Untersuchung und dürfen mindestens 12 Stunden lang nach Gabe des Beruhigungsmittels kein Fahrzeug führen und keine Maschinen bedienen.

Noch offene Fragen können Sie mit dem Personal vor Untersuchungsbeginn besprechen. Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir Sie, folgende Fragen genau durchzulesen und zu beantworten.

Vorbereitung

Wichtig! Vor Betreten des Untersuchungsraumes legen Sie bitte auf Anweisung des Personals alle metallischen Gegenstände ab, die Sie am Körper tragen. Dazu gehören z.B. Armbanduhr, Brille, Hörgerät, Haarnadeln, Geldbörse, Schlüsselbund, Kugelschreiber, Ohrringe, Piercings sowie Schmuck, Gürtel und andere Kleidungsstücke mit Metallteilen. Nehmen Sie bitte auch keine Scheckkarten oder andere Magnetstreifenkarten mit in den Untersuchungsraum, da diese durch das Magnetfeld sonst unwiderruflich gelöscht werden!

Kontrastmittelgabe

Es kann unter Umständen notwendig werden, dass zur Diagnosestellung ein gadoliniumhaltiges Kontrastmittel in eine Armvene injiziert werden muss. Sehr vereinzelt treten Nebenwirkungen durch dieses Kontrastmittel auf. Es kann zu Übelkeit evtl. mit Erbrechen, Hautreaktionen und extrem selten zu Kreislaufreaktionen kommen. Falls erforderlich, wird von unserer Seite beim Auftreten von Nebenwirkungen ein Gegenmittel gespritzt.

Seit einigen Jahren ist ein Zusammenhang einer sogenannten ‚nephrogenen systemischen Fibrose (NSF)‘ mit einer mehrfachen Gabe von MRT-Kontrastmitteln bekannt. Bei dieser Erkrankung entstehen Fibrosierungen der Haut und evtl. des Bindegewebes der inneren Organe. Bisher ist diese Erkrankung fast ausschließlich bei Menschen mit deutlich eingeschränkter Nierenfunktion aufgetreten.

In letzter Zeit wurde zudem über Ablagerungen des Kontrastmittels im Gehirn berichtet. Dieses Phänomen wird aktuell wissenschaftlich untersucht und es konnten bisher keine gesundheitlichen Schädigungen hierdurch beobachtet werden. Sowohl die NSF als auch die Ablagerungen im Gehirn betreffen nur bestimmte sogenannte lineare Kontrastmittel, die bei uns schon seit einigen Jahren nicht mehr eingesetzt werden.

Handschriftliche Ergänzungen:

Angaben zu bestehenden Risiken (bitte zutreffendes ankreuzen)

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? **Ja** **Nein**

Ist eine **Nierenfunktionsstörung** bekannt? **Ja** **Nein**

Haben Sie **Metallimplantate im oder am Körper (außer Zahnprothesen)**? **Ja** **Nein**

z.B. Metallprothesen, -clips, -nägel, -drähte, -stifte nach Operationen,
Granat- oder Metallsplitter, Spirale, Pumpsysteme auf elektromagnetischer Basis.
Nach Möglichkeit äußere Prothesen ablegen und Personal darüber informieren.

Wenn ja, bitte genaue Angaben:

Tragen Sie eine **Intrauterine Spirale** (in seltenen Einzelfällen wurde eine Verlagerung der Spirale beobachtet, so dass diese nicht mehr funktioniert) oder fest sitzende Zahnspangen - Bracketts bzw. Retainer (es wurden Fälle mit Zahnschmelzverfärbung beobachtet).
Andere Zahnprothesen oder -implantate sind unproblematisch..... **Ja** **Nein**

Wurden Sie bereits an Herz, Kopf, Wirbelsäule, Knie oder anderen Organen **operiert**? **Ja** **Nein**

Wenn ja, bitte genaue Angaben:

Traten bei früheren MRT-Untersuchungen mit **Kontrastmittel Reaktionen** auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)? **Ja** **Nein**

Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) **Ja** **Nein**

Besteht eine **Schwangerschaft** (nur für Frauen im gebärfähigen Alter)? **Ja** **Nein**

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis am Kulturbahnhof in Kassel zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die erstellten Untersuchungsbefunde an die weiterbehandelnden Ärzte weiterleiten darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann..... **Ja** **Nein**

Einwilligungserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Angaben zur Kernspintomographie-Untersuchung wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. Alle metallischen Gegenstände werde ich vor Betreten des Untersuchungsraumes ablegen. Ich bin über den Hergang und die oben genannten Risiken der Kernspintomographie-Untersuchung sowie einer ggf. erforderlichen Kontrastmittelgabe aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen mehr. Ich bin darüber informiert worden, dass ich im Falle der Gabe eines Beruhigungsmittels 12 Stunden lang kein Fahrzeug führen und keine Maschinen bedienen darf.

Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit meine Einwilligung zu der Untersuchung.

Kassel, den _____ Datum _____ Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer _____ Arzt _____

Aufklärungsunterlagen

Ich wurde darüber informiert, dass ich nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe.

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.

oder

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens und bestätige diese erhalten zu haben.

Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer

Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer