

Einverständniserklärung Magnetresonanztomographie (MRT)

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Krankenkasse:

Körpergröße: (cm)

Gewicht: (kg)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Kernspintomographie durchgeführt werden. Hierzu einige wichtige Informationen.



Magnetresonanztomographie – Was ist das?

Die Röhre eines MR-Tomographen enthält einen starken Elektromagneten, der das für die Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie nötige Magnetfeld erzeugt. Die Röhre ist vorne und hinten offen und ca. 120 cm lang, er bietet auch sehr kräftigen Menschen ausreichend Platz. Die Untersuchung erfolgt über Wechselwirkungen der Wasserstoffteilchen verschiedener Gewebe mit dem Magnetfeld. Die dabei verwendeten elektromagnetischen Radiowellen sind für den Menschen völlig unbedenklich, es ist keine Röntgenstrahlung erforderlich. Die MRT-Untersuchung ist grundsätzlich schmerzfrei, allerdings verursachen die Messungen während der Untersuchung ein lautes Klopfgeräusch.

Wann darf ich nicht ins MRT?

Ältere Herzschrittmacher und Sonden sind in den meisten Fällen nicht MRT tauglich, da lebensgefährliche Fehlfunktionen auftreten könnten. Auch Patienten mit anderen eingebrachten elektrisch oder mechanisch aktiven Implantaten (z.B. Medikamentenpumpen, Neurostimulatoren, Cochleaimplantate) oder Metallsplittern (z.B. Granatsplitter) sollten nicht im Gerät untersucht werden. Die meisten künstlichen Herzklappen und viele andere Prothesen aus Edelmetallen sind unbedenklich. Wir bitten Sie jedoch, sämtliche Fremdkörper umseitig gewissenhaft anzugeben.

Was erwartet mich?

Die MRT-Röhre ist offen und hell beleuchtet. Während der Untersuchung stehen wir in Kontakt mit Ihnen. Wir sehen und hören Sie. Für dringende Notfälle gibt es eine Notfallklingel. Gegen die Geräuschbelästigung bekommen Sie einen Gehörschutz.

Wie verhalte ich mich im Gerät?

Für eine optimale Bildqualität ist eine ruhige Lage besonders wichtig. Bei einigen Untersuchungen ist es erforderlich, kurze Zeit die Luft anzuhalten. Bitte bleiben Sie möglichst still liegen und atmen Sie gleichmäßig und ruhig.

In einzelnen Fällen ist zusätzlich eine **Kontrastmittelgabe** erforderlich. In der Regel wird dieses intravenös verabreicht.

Das MRT Kontrastmittel hat eine hervorragende Verträglichkeit und enthält kein Jod. Allerdings kann es in seltenen Fällen, wie bei jedem Medikament, zu einer allergischen Reaktion kommen. Bitte teilen Sie uns eventuelle Allergien mit.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite gründlich und sorgfältig, damit wir eine mögliche Gefährdung in jedem Fall vermeiden können.

BITTE WENDEN

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Wurden Sie schon einmal in dieser Praxis untersucht? Ja Nein

Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers, Defibrillators oder Eventrecorders?** Ja Nein

Sind Sie Träger anderer **elektrisch** aktiver Implantate?
(z.B. Medikamentenpumpe, Neurostimulation, TENS, Knochenwachstumsstimulator, Cochleaimplantate, künstliche Herzklappen, sonstiges) Ja Nein

Wenn ja, melden Sie sich bitte sofort an der Anmeldung!

Schuß- oder Granatsplitterverletzungen, Metallsplitterverletzungen der Augen? Sonstiges Metall im Körper bekannt (künstliches Gelenk, Nägel, Schrauben, Prothesen)? Ja Nein

Frühere MRT- oder CT Untersuchungen, bezogen auf den heutigen Untersuchungsbereich:
 Wenn ja, wann und wo? Ja Nein

Bestehen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, andere)?..... Ja Nein

Bestehen Leber-, Nieren- oder Bluterkrankungen?
 Wenn ja, welche..... Ja Nein

Haben Sie eine Lungenerkrankung (z.B. Asthma, Emphysem)? Ja Nein

Neigen Sie zu Angst in engen Räumen? Ja Nein

Leiden Sie an grünem Star (Glaucom)? Ja Nein

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Sind Sie mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden, falls erforderlich? Ja Nein

Bitte geben Sie evtl. mitgebrachte Unterlagen / CDs am Empfang ab. Vielen Dank.

Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft?** (welcher Monat?.....) Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass Metallgegenstände vom Magneten angezogen werden können. Außerdem verursachen sie Bildstörungen. Sie sollten deshalb sorgfältig alle **losen Metallteile** (wie Schmuck, Haarklammern, Piercings, Schlüssel, Geldstücke und Portemonnaie) **ablegen** und in der Umkleidekabine deponieren. Beachten Sie außerdem bitte, dass Scheckkarten, **Parkkarten**, usw. im Magneten **unwiderruflich gelöscht** werden und nicht mehr funktionsfähig sind. **Uhren und Hörgeräte** werden vom Magneten **zerstört**, müssen außerhalb des Untersuchungsraumes bleiben. **Wenn Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, oder wenn Ihnen Einzelheiten des Informationsblattes unklar geblieben sind, wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.**

Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsblattes verstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen zur geplanten Untersuchung. Ich erkläre mich mit der Durchführung einverstanden und verzichte auf die gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit.

Ich bin einverstanden, dass die Braunüle (falls erforderlich) durch med. Assistenzpersonal gelegt wird. Hiermit bestätige ich, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und vollständig verstanden habe.

Ich wünsche eine Kopie dieses Formulars Ja Nein

_____ Datum

_____ Unterschrift Patient

_____ gesetzlicher Vertreter