

Aufklärung & Selbstauskunft – MRT

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Magnetresonanztomographie (MRT) notwendig. Hierbei handelt es sich um ein sogenanntes Schnittbildverfahren. Es werden mit Hilfe von hochfrequenten elektromagnetischen (Radio-)Wellen in einem sehr starken Magnetfeld (1.5 T, entsprechend etwa dem 60.000-fachen des Erdmagnetfeldes) „Scheiben“-Bilder Ihres Körpers angefertigt. Die verwendeten Magnetfeldstärken haben nach bisherigen Erkenntnissen **keine ernsthaft schädigende Wirkung**.

Die Untersuchung dauert je nach Fragestellung **zwischen 15 und 30 Minuten**. Währenddessen liegen Sie in einer Art Tunnel. Hier ist **genügend Licht, Luft und Raum** vorhanden. Sollten Sie engere Räume nicht vertragen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter/-innen. Es stehen u.a. medikamentöse Hilfsmittel zur Verfügung, um Ihnen den Aufenthalt im Gerät zu ermöglichen, bzw. angenehmer zu machen.

Während der Untersuchung werden Sie unvermeidliche **laute Klopfgeräusche** wahrnehmen. Es stehen selbstverständlich Gehörschutzstopfen und schallisolierende Kopfhörer zur Verfügung.

In bestimmten Fällen kann die zusätzliche Anwendung von Kontrastmittel erforderlich sein. Dieses wird in ein Vene injiziert. Hierdurch können krankhafte Veränderungen besser erkannt werden.

Bei der Punktion venöser Gefäße kann es trotz großer Sorgfalt zu Fehlpunktionen kommen. Es können hierbei Blutergüsse (Hämatome) entstehen. Auch kann Kontrastmittel in das Gewebe laufen. Dies kann zu Schmerzen, zu einem Druckgefühl und zu einer Schwellung mit einer Entzündung führen. In seltenen Fällen (unter 1% der Fälle) kann in der Region Gewebe absterben. Unter Umständen ist dann eine chirurgische Behandlung notwendig.

Bitte teilen Sie unseren Mitarbeitern/-innen umgehend mit, wenn Sie das Gefühl haben, dass bei der Injektion etwas nicht stimmt, wenn Sie Schmerzen verspüren oder wenn es Ihnen nicht gut geht. Die Injektion kann jederzeit unterbrochen werden.

Bei Beschwerden gilt daher: je früher Sie sich melden – desto besser.

Unerwünschte Wirkungen:

Leichte bis mittelschwere Symptome, die in der Regel keine weiteren Maßnahmen erfordern:
gelegentlich (0,1 – 1%; mehr als 1 von 1.000, weniger als 1 von 100):

Übelkeit und Erbrechen

selten (0,01 – 0,1%; mehr als 1 von 10.000, weniger als 1 von 1.000):

Hitzegefühl, Benommenheit, Schwindel, mäßiger Blutdruckabfall, Herzrasen

sehr selten (0,001 – 0,01%; weniger als 1 von 10.000):

Schmerzen an der Injektionsstelle, schlechter, metallischer Geschmack,
Kopfschmerzen, Juckreiz, Hautrötungen.

Symptome, die weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern:

sehr selten (0,001 – 0,01%; weniger als 1 von 10.000):

schwere allergische Reaktion mit Atemnot, Kreislaufkollaps und notwendiger
Intensivbehandlung

Besteht bereits vor der Kontrastmittelgabe eine **eingeschränkte Nierenfunktion**, kann in sehr seltenen Fällen (die genaue Häufigkeit ist noch nicht bekannt) ein schweres Krankheitsbild hervorgerufen werden (nephrogene systemische Fibrose, NSF).

Daher ist es sehr wichtig, dass Sie uns mitteilen, wenn Ihre Nierenfunktion eingeschränkt ist.

Um die richtige Diagnose stellen zu können und mögliche Schäden / unerwünschte Wirkungen vermeiden zu können, ist Ihr Radiologe auf Ihre Mithilfe angewiesen: Bitte beantworten Sie folgende Fragen so genau wie möglich.

- Tragen Sie einen **Herzschrittmacher oder Defibrillator (ICD)**? O Ja O Nein
- Tragen Sie eines der folgenden medizinischen Implantate/Geräte? O Ja O Nein
Cochlea-Implantat (Innenohr), Insulin-Pumpe, Reizstromgerät (TENS)
- Haben Sie eine künstliche Herzklappe ? O Ja O Nein
- Befinden sich andere Metallteile in Ihrem Körper? O Ja O Nein
(Gefäß-stents und -clips, Gelenkprothesen, Spirale, Granatsplitter, Akupunkturnadeln o.ä.)
- Bei Frauen: Könnten Sie zur Zeit **schwanger sein oder stillen Sie** zurzeit? O Ja O Nein
- Wurde bei Ihnen schon einmal eine **MRT** durchgeführt? O Ja O Nein
Wenn ja: Wann, wo, welche Körperregion? _____
- Bestehen bei Ihnen eine **Allergie (Unverträglichkeit)** gegen **MRT-Kontrastmittel**? O Ja O Nein
- Sind Unverträglichkeitsreaktionen gegen Pflaster, Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt? Haben Sie Heuschnupfen? O Ja O Nein
- Haben Sie einen Allergiepass? O Ja O Nein
- Haben Sie schon einmal ein **MRT-Kontrastmittel** bekommen? O Ja O Nein
Haben Sie dieses gut vertragen? O Ja O Nein
- **Ist eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?** O Ja O Nein
- Haben Sie eine ansteckende Erkrankung (Hepatitis, HIV, MRSA)? O Ja O Nein

Größe : _____ Gewicht : _____

Kontrastmittel werden im allgemeinen gut vertragen. Durch die Beantwortung der oben genannten Fragen werden die meisten Risiken meist vorher für den Arzt erkennbar und Komplikationen damit vermeidbar.

Bitte halten Sie die **Sicherheitsbestimmungen unbedingt** ein und legen Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes alle metallischen Gegenstände ab, wie zum Beispiel:

Scheckkarten mit Magnetstreifen, Uhr, Brille, Schmuck (**Piercing**, Ketten, Ohringe, Ringe, Haarspangen etc.), Mobiltelefon, Feuerzeug, Medikamentenpflaster, entfernbaren Zahnersatz, Geldmünzen, Kugelschreiber, Metallteile an/in der Kleidung, Hörhilfen.

Wenn Sie **Tätowierungen** haben, wenden Sie sich bitte **vor** der Untersuchung an unsere Mitarbeiter/-innen!

Einwilligungserklärung:

Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich ausreichend aufgeklärt. Ich willige hiermit in die geplante Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten/des oder der Erziehungsberechtigten