



## AUFKLÄRUNG UND EINVERSTÄNDNIS IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE (MRT)

NAME: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_

GEB.: \_\_\_\_\_

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer kernspintomographischen Untersuchung (MRT) überwiesen. Die Kernspintomographie ist ein modernes Untersuchungsverfahren, welches gänzlich ohne den Einsatz von Röntgenstrahlen und damit ohne Strahlenbelastung arbeitet. Die Dauer der einzelnen Untersuchungen variieren zwischen 15 – 30 Min.

#### UNTERSUCHUNGSABLAUF

Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Untersuchungsfläche innerhalb einer Röhre des MRT Gerätes, die jedoch am Kopf- und Fußende offen ist. Sogenannte Spulenelemente werden von den Mitarbeiterinnen der Abteilung auf die zu untersuchende Körperregion gelegt. Während der Untersuchung erzeugen elektromagnetische Schaltungen unterschiedlich laute und rhythmische Klopfgeräusche. Damit Bilder Ihrer Untersuchung in einer sehr guten Qualität für die Diagnose erstellt werden können, ist es wichtig, dass Sie während der Untersuchung sich nicht bewegen und ruhig und gleichmäßig atmen. Ggf. bekommen Sie Atemkommandos über einen Kopfhörer.

#### BESONDERS ZU BEACHTEN

Vor der MRT Untersuchung ist es wichtig, dass alle Gegenstände aus Eisen und anderen magnetischen Metallen (z.B. Piercings, Haarspangen, herausnehmbare Zahnprothesen, Schmuck, Brille, Schlüssel, Uhren, Hörgeräte, Mobiltelefone, Scheck-, Kreditkarten sowie sonstige Karten mit Magnetstreifen) abgelegt und in der Umkleidekabine verbleiben. Metallteile stören das Magnetfeld und können zu erheblichen Verletzungen führen. Karten mit Magnetstreifen (z.B. Scheck- und Kreditkarten oder Sonstige) sowie Mobiltelefone können durch das Magnetfeld unbrauchbar gemacht werden.

#### KONTRASTMITTELGABE

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines Kontrastmittels erforderlich. Kontrastmittel wird im Allgemeinen gut vertragen.

Jedoch kann es bei einer Überempfindlichkeit (Allergie) zu Übelkeit und Erbrechen sowie zu allergieähnlichen Haut- und Schleimhautreaktionen (Juckreiz, Hautausschlag u.ä.) kommen. Die meisten dieser Reaktionen stellen sich innerhalb einer halben Stunde nach Gabe des Kontrastmittels wieder ein oder können sofort medikamentös behandelt werden. In seltenen Fällen können Symptome, insbesondere Hautreaktionen, verzögert auftreten (d.h. nach einer Stunde oder Tagen).

Wenn Patienten an schweren Nierenfunktionsstörungen leiden oder wenn ein Patient sich einer geplanten Lebertransplantation unterziehen möchte, wird nach ärztlicher Rücksprache entschieden, ob ein Kontrastmittel verabreicht werden darf.

Wie bei jeder intravenösen Gabe eines Medikamentes sind in seltenen Fällen ein Bluterguss oder eine Nachblutung an der Einstichstelle möglich. Nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel ist es ratsam viel zu trinken (1-2 Liter).

#### KONTRAINDIKATIONEN

Patienten mit bestimmten, insbesondere elektronischen Implantaten, dürfen nicht im MRT untersucht werden. Hierzu gehören:

- Patienten mit Herzschrittmachern
- Insulinpumpen
- Innenohrimplantat oder andere impulsgebende Implantate

Bei Patienten mit älteren metallischen Implantaten/Prothesen oder bei frischen Tätowierungen kann es u. U. zu Hitzeentwicklung sowie zu einer Störung der Bildqualität kommen.

In der ersten Hälfte der Schwangerschaft insbesondere und auch danach sollte die Untersuchung nur bei einer wirklich wichtigen Indikation durchgeführt werden.

Bitte geben Sie dieses Merkblatt bei der Untersuchung in der Abteilung zur Einwilligung wieder ab.

**Vielen Dank**

#### Einwilligung

*(Füllen wir gemeinsam mit Ihnen aus)*

Ich habe das Informationsblatt zur geplanten Untersuchung gelesen, verstanden und bin über mögliche Begleiterscheinungen und Komplikationen informiert worden, somit stimme ich der Durchführung der geplanten Untersuchung zu. **Ja**  **Nein**

Ich bin über mögliche Kontraindikationen und Nebenwirkungen der Kontrastmittelgabe aufgeklärt worden und bin mit einer ggf. erforderlichen Gabe von Kontrastmittel einverstanden. **Ja**  **Nein**

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet, ich verzichte auf ein weiteres Gespräch mit einem Arzt/Ärztin vor der Untersuchung. **Ja**  **Nein**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Pat./ggf. Betreuer  
Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

MFA/MTRA/Arzt \_\_\_\_\_