

Aufklärungsbogen Kernspintomographie (MRT)

Patientenetikett

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die MRT ist eine diagnostische Methode, die Schnittbilder von nahezu allen Bereichen des Körpers in beliebigen Schichtebenen ohne Röntgenstrahlung liefern kann. Die Bilder werden mit Hilfe eines starken Magneten, Antennen zum Senden/Empfangen von elektromagnetischen Wellen sowie einer aufwendigen Computeranlage erstellt. Die Genauigkeit der anatomischen Weichteildarstellung ist mit keinem anderen Verfahren erreichbar.

Die Untersuchung wird in einem abgeschirmten Raum durchgeführt. Sie liegen auf einer beweglichen Liege, die langsam in die etwa 70 cm breite und 150 cm lange Öffnung des Magneten gleitet. Die helle und gut belüftete Öffnung ist am Kopf- und Fußende offen. Der zu untersuchende Bereich liegt jeweils in der Mitte des Magneten.

Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 20 – 30 Minuten. Während dieser Zeit werden mehrere Messungen durchgeführt, die jeweils einige Minuten dauern. Die Messungen verursachen rasche, laute Klopfgeräusche. Zur Schalldämpfung erhalten Sie einen Gehörschutz. Während der Untersuchung sollten Sie sich nicht bewegen und nicht sprechen. Versuchen Sie sich mit einer ruhigen und bewussten Bauchatmung zu entspannen. Während der Untersuchung sind Sie durch erfahrenes Personal ständig überwacht und stehen über einen Klingelknopf mit der untersuchenden Assistentin in Verbindung.

Als Vorsichtsmaßnahme bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

- Tragen Sie Metallteile oder elektronische Geräte in Ihrem Körper?
(Herzschrittmacher, Hörgeräte, Gelenkprothesen, Metallclips, Retainer, Granatsplitter) JA NEIN
 - Sind Sie am Gehirn wegen eines Blutgefäßes operiert worden? JA NEIN
 - Sind Sie am Innenohr operiert worden? JA NEIN
 - Haben Sie Tätowierungen oder Dauer-Akupunkturnadeln? JA NEIN
 - Leiden Sie unter Platzangst (z.B. beim Aufzug fahren?) JA NEIN
 - Besteht eine Infektionskrankheit wie Hepatitis, HIV o. ä.? JA NEIN
- Wenn ja, welche: _____
- Besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion? Kreatinin-Wert: _____ JA NEIN
 - Ihr Gewicht: _____ kg Ihre Größe: _____ cm

Frauen im Alter zwischen 10 und 65 Jahren:

- Sind Sie schwanger? JA NEIN
- Stillen Sie? JA NEIN

**Falls Sie einen Herzschrittmacher tragen, dürfen Sie nicht untersucht werden!
Melden Sie sich in diesem Fall sofort beim Arzt oder bei der Assistentin!**

Vor Betreten des Untersuchungsraumes bitte folgende Gegenstände in der Umkleide ablegen: Uhren, Schmuck, Brille, Kugelschreiber, Handy und andere Metallteile. Zahnprothesen, Hörgeräte, Haarspangen, Akupunkturnadeln, Kleidung mit Metall: Gürtelschnallen, Jeans, BH etc., Geldbörse wegen Münzen und Scheckkarten mit Magnetstreifen. Die Umkleide ist für Sie während der Untersuchung reserviert.

Ich habe das Informationsblatt zur Kenntnis genommen und bin mit der Untersuchung einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Einwilligung zur Kontrastmitteluntersuchung

Zur Abklärung Ihres Krankheitsbildes ist unter Umständen die Verabreichung eines Kontrastmittels über eine Spritze in eine Vene erforderlich. Das Kontrastmittel verbessert die Aussage über die Durchblutung krankhafter Prozesse und verdeutlicht kleine Krankheitsherde. Die Entscheidung über die Notwendigkeit des Einsatzes eines solchen Kontrastmittels ergibt sich häufig erst während der Untersuchung selbst.

Gadoliniumhaltige Kontrastmittel wurden speziell für die Magnetresonanztomographie entwickelt und sind pharmakologisch und toxikologisch entsprechend den gesetzlichen Arzneimittelvorschriften geprüft und zugelassen. Das Kontrastmittel enthält kein Jod. Allergische Reaktionen sind sehr selten, aber nicht ganz auszuschließen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

- Ist bei Ihnen eine Allergie (z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder Nahrungsmittel) bekannt? JA NEIN
- Sind bei Ihnen schon MRT-Untersuchungen mit Kontrastmittel durchgeführt worden? JA NEIN
- Falls ja, sind Unverträglichkeiten aufgetreten? JA NEIN

Falls Sie noch weitere Fragen zur Kontrastmittelgabe haben, können Sie vor der MRT-Untersuchung selbstverständlich mit einem Arzt sprechen. Wenden Sie sich dann bitte an das Personal an der Anmeldung oder an die Röntgenassistentin.

Ich habe das Informationsblatt zur Kenntnis genommen und bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen

Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Anmerkungen Arzt über Patientengespräch / Indikationsstellung zur MRT-Untersuchung / Kontrastmittelgabe:

Datum

Unterschrift des Arztes

Einwilligungserklärung Datenschutz: Gemäß den Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB V) und der ärztlichen Schweigepflicht willige ich hiermit ein, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt des RZM (Radiologisches Zentrum München-Pasing) Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, sonstige medizinische Leistungserbringer) einholt und bei mir erhobene Befunde und Bilddaten an mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte übermitteln darf (Datenübermittlung). Dies gilt auch für die Befundübermittlung an überweisende Hausärzte. Diese Einwilligung gilt für die aktuelle Untersuchung/Behandlung und kann jederzeit widerrufen werden. Ich habe eine Kopie dieser Aufklärung / Einwilligung erhalten.

Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Fehlender Überweisungsschein: Hiermit verpflichte ich mich, den fehlenden **Original**-Überweisungsschein binnen einer Woche nachzureichen, da andernfalls eine Privatrechnung erfolgen müsste.

Der überweisende Arzt (Name / Fachrichtung / Ort): _____

- ist über die geplante Untersuchung informiert und damit einverstanden
- nicht informiert

Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)