

Patientenetikett	Barcode-Etikett
------------------	-----------------

**Labor**  
JA / NEIN

MR 1
MR 2
MR 3
CT
R
DL

## Aufklärungsbogen Kernspintomographie (MRT)

### 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?  JA     NEIN  
(Herzschrittmacher, Hörgeräte, Gelenkprothesen, Metallclips, Retainer, Granatsplitter)  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- 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.

Barcode-Etikett

### **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 bekannt? (z.B. Heuschnupfen, Medikamente, Nahrungsmittel)  JA  NEIN  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- 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
  - bin mit der Untersuchung einverstanden
  - Ich habe keine weiteren Fragen zum diesem Aufklärungsbogen



#### **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:**

Im Rahmen unserer Leistungen unterliegen wir neben der ärztlichen Schweigepflicht, den gesetzlichen Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO) sowie des Sozialgesetzbuches (SGB). Wir benötigen daher für die folgenden Verarbeitungen Ihrer Daten eine Einwilligung.

- JA  NEIN Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an den mich überweisenden Arzt (Hausarzt/Facharzt) einverstanden.
- JA  NEIN Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an die mich weiterbehandelnden Ärzte einverstanden.
- JA  NEIN Ich bin damit einverstanden, dass das RZM (Radiologisches Zentrum München) zur Medizinischen Qualitätssicherung im Zusammenhang mit meiner Untersuchung, Informationen (z.B. Arztberichte, Laborwerte, etc.) bei den mich behandelnden Ärzten einholen darf.

Sie können zum späteren Zeitpunkt Ihr Einverständnis jederzeit formlos widerrufen.

\_\_\_\_\_  
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)

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes