

RADIOLOGIE

LANDAU SÜW

Aufklärungsbogen für die Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind zu einer Magnetresonanztomographie überwiesen worden. Es handelt sich um eines der modernsten radiologischen Untersuchungsverfahren. Die Untersuchung erfolgt ohne Röntgenstrahlen. Stattdessen wird die Wechselwirkung eines Magnetfeldes mit Radiowellen genutzt. Dies ist weder sichtbar noch spürbar. Es wird lediglich das Schalten des Magnetfeldes als lautes Klopfen gehört. Schädliche Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Einige Vorsichtsmaßnahmen sind jedoch zu beachten.

Kreuzen Sie deshalb bitte das Zutreffende gewissenhaft an:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? ☐ Nein ☐ Ja
2. Sind Sie bereits an Herz oder Kopf operiert? ☐ Nein ☐ Ja
3. Haben Sie Fremdkörper oder Metallteile am oder im Körper? ☐ Nein ☐ Ja

→ Wenn ja, in der unteren Liste zutreffendes unterstreichen oder ergänzen: _____

künstliche Herzklappe, Stents, Aneurysmaclips, Shunt, künstliche Gelenke, Platten, Schrauben, Nägel, Granatsplitter,

Pumpensystem (z.B. Insulinpumpe,...), Blutzuckermesssystem (z.B. FreeStyle Libre,...),

Ohrimplantat (z.B. Cochlea,...), Brustexpander, Medikamentenpflaster, Piercing, Hörgerät, Zahnersatz

→ Hinweis: Ältere Tattoos und Permanent-Makeup (vor dem Jahr 2000 gestochen) können metallhaltige Pigmente enthalten, die im MRT erwärmen und Hautreizungen verursachen können. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie betroffen sind.

4. Sind Sie allergisch veranlagt? ☐ Nein ☐ Ja

→ Wenn ja, welche Allergie? _____

5. Haben Sie eine schwere Erkrankung der Nieren? ☐ Nein ☐ Ja

6. Wurde bei Ihnen schon einmal eine MRT-Untersuchung durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

7. Sind Sie an der heute zu untersuchenden Region operiert worden? ☐ Nein ☐ Ja

→ Wenn ja, wann ? _____

8. Haben Sie Platzangst (Klaustrophobie/Beklemmung in engen Räumen)? ☐ Nein ☐ Ja

→ Wenn ja, können Sie ein leichtes Beruhigungsmittel bekommen, dann kann Ihr Reaktionsvermögen (insbesondere im Straßenverkehr) für 12 Stunden gemindert sein. Eine Begleitperson ist erforderlich.

bitte wenden

9. Für Frauen :

Sind Sie schwanger?

☐ Nein ☐ Ja

Stillen Sie ?

☐ Nein ☐ Ja

10. Zur Berechnung der Bilddaten benötigen wir noch Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht.

Patientengröße: _____cm

Patientengewicht _____kg

Kontrastmittelgabe (KM)

Je nach klinischer Fragestellung kann eine Kontrastmittelgabe über eine Armvene nötig werden. Das Risiko einer allergischen Reaktion ist extrem niedrig.

Untersuchung und Untersuchungsdauer

Legen Sie bitte vor der Untersuchung in Ihrer Kabine alle Kleidungsstücke mit metallischen Gegenständen (z. B. Gürtel, Reißverschlüsse) ab. Lassen Sie ferner Schlüssel, Uhren, Haarklammern, Zahnprothesen, Hörgeräte, Münzgeld, Kugelschreiber usw. in der Kabine liegen. Dies gilt auch für Bank-/Kreditkarte (diese werden ansonsten durch das Magnetfeld gelöscht).

Nachdem Sie aufgerufen worden sind, erfolgt die Untersuchung in einer Röhre auf dem Untersuchungstisch. Die Untersuchungsdauer beträgt in der Regel 20 bis 50 Minuten. Sie stehen fortwährend unter Beobachtung.

Auswertung und Beurteilung Ihrer Untersuchungsergebnisse, Mitteilung der Befunde, Mitgabe von Bildmaterial

Zur exakten Beurteilung Ihrer MRT-Untersuchung sind in Ihrem eigenen Interesse folgende Punkte wichtig:

Wir benötigen zum Befundvergleich die Fremdaufnahmen evtl. außerhalb durchgeführter Röntgen-, CT-, MRT-Untersuchungen der entsprechenden Region. Falls es heute um Untersuchungen nach erfolgter Behandlung (insbesondere postoperativ oder nach Strahlenbehandlung) geht, werden ferner die entsprechenden Arzt- bzw. Entlassungsberichte benötigt.

Eine Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an Sie, unmittelbar nach der Untersuchung, ist aufgrund der anfallenden Datenmenge oder aufgrund fehlender Vergleichsinformationen von auswärts durchgeführten Untersuchungen / Behandlungsmaßnahmen leider nicht in allen Fällen möglich.

Die Bilddaten jeder einzelnen Untersuchung werden in unserer Praxis digital auf Festplatte gespeichert. Sie stehen über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren jederzeit zur Verfügung.

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der erforderlichen MRT-Untersuchung, ggf. mit intravenöser Kontrastmittelgabe einverstanden.

☐ Nein ☐ Ja

Landau / Herxheim / Bad Bergzabern _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten / der betreuenden Person

Zur besseren Durchführung beantworten Sie uns bitte folgende Fragen zur Anamnese der heutigen Untersuchung:

Welche Beschwerden haben Sie? _____

Wo genau sind diese Beschwerden? _____

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Sturz/Unfall? Wann? _____

Verlaufskontrolle? _____

Aktuelle Therapie? _____