

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

---

---

---

---

**Einverständniserklärung:**

Den Inhalt des obigen Textes habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit und verständlich beantwortet. Ich bin mir der Risiken, Nebenwirkungen, Vorteile und Alternativen allumfänglich bewusst.

Wenn erforderlich, willige ich einer intravenösen Kontrastmittel-Gabe ein  ja  nein

Wenn erforderlich, willige ich in die Gabe von Buscopan ein  ja  nein

Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung einverstanden. Ich fühle mich genügend informiert und benötige keine weitere Bedenkzeit. Mit unvorhersehbaren, medizinisch-erforderlichen Änderungen/Erweiterungen der Untersuchung sowie Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden.

**Patienteninformationsverpflichtung:** Dieses Formblatt wird bei uns für 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens auszuhändigen. Wenn Sie aus Gründen des Umweltschutzes darauf verzichten wollen, bitte hier ankreuzen:

Ich benötige keine Kopie:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten (in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/in (bzw. Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

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

Datenschutz: Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnden Ärzte oder konsiliarische Ärzte einen Befund erhalten und die bei mir festgestellten Bilder und Befunde an mich oder mitbehandelnde Ärzte per Brief, Fax, hybrider Zustellung per epost, Zuweisportal oder gesicherter Email weitergeleitet werden dürfen und die Bilder für diese Ärzte zugänglich gemacht werden. Gemäß DSGVO bin ich mit der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner Daten im Rahmen der Bildauswertung, Befunderstellung und Befundverteilung einverstanden.

# Kernspintomographie

## Aufklärungsbogen Kernspintomographie

\_\_\_\_\_  
Patientenname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Kreatinin

\_\_\_\_\_  
GFR

Geschlecht  w  m

\_\_\_\_\_  
Größe

\_\_\_\_\_  
Gewicht

cm

kg

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Bei Ihnen soll eine Kernspintomographie von

\_\_\_\_\_ durchgeführt werden.

Die Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) ist ein Untersuchungsverfahren zur Erzeugung von Körperschnittbildern ohne Anwendung von Röntgenstrahlen. Die Untersuchung erfolgt mit starken Magnetfeldern und Radiowellen, ohne dass dies von Ihnen wahrgenommen wird. Die Untersuchung selbst ist schmerzfrei.

Gefahren können dann entstehen, wenn sich in Ihrem Körper bestimmte metallische Fremdkörper (z.B. Granatsplitter) oder elektrische Geräte (z.B. Herzschrittmacher) befinden. Trotz aller Sorgfalt kann es zu Komplikationen (unter Umständen auch lebensbedrohlichen) kommen, welche weitere Behandlungen oder Operationen und eventuelle lange Nachbehandlungen erfordern und bleibende Schäden verursachen. Risiken und mögliche Komplikationen sind in seltenen Fällen vorübergehende (sehr selten auch bleibende) Hörstörungen und Ohrgeräusche, Kopfschmerzen, Panikattacken/Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen). Metallische Tätowierungen und Make-ups, oder Medikamentenpflaster können lokale Hautreizungen oder Verbrennungen verursachen und die Bildqualität beeinträchtigen. Überkreuzte Arme oder Beine können zu lokalen Erwärmungen oder Verbrennungen der Haut führen, Sie werden daher entsprechend gelagert und dürfen Ihre Haltungsposition während der Untersuchung nicht eigenmächtig ändern.

Auch bei bestehender Schwangerschaft kann eine MRT Untersuchung durchgeführt werden. Bitte informieren Sie uns unbedingt vor der Untersuchung über eine bestehende oder vermutete Schwangerschaft.

Als Alternativen zur MRT stehen unter Umständen andere Untersuchungsmethoden wie z.B. Röntgen oder Computertomographie zur Verfügung.

## Vor der Untersuchung

Da Metallteile im Magnetfeld gefährlich sind, müssen vor dem Betreten des Untersuchungsraumes folgende Gegenstände unbedingt abgelegt werden:

- Geldbeutel (Scheckkarten bzw. Magnetkarten können im Magnetfeld gelöscht werden)
- Schmuck, Uhr, Gürtel, lose Metallteile (Schlüssel, Münzen, Feuerzeug, Kugelschreiber etc.)
- Hörgerät, Brille, herausnehmbare Zahnprothese/-spange, Elektrogeräte wie Handy, herausnehmbare Medikamentenpumpen

## Während der Untersuchung

Sie liegen in einer vorne und hinten offenen Röhre, in den meisten Fällen befindet sich nur ein Teil Ihres Körpers tatsächlich in der Röhre. Über ein Mikrofon und ein Sichtfenster besteht während der Untersuchung Kontakt zum Personal. Da die Untersuchung in der Regel zwischen 10 und 60 Minuten dauern kann, sollten Sie ganz bequem und ruhig liegen und Bewegungen vermeiden, damit die Untersuchung nicht wiederholt werden muss. Bitte folgen Sie während der Untersuchung den Aufforderungen des Personals, z.B. wenn Sie aufgefordert werden die Luft anzuhalten, um verwackelte Aufnahmen zu vermeiden. Da das Gerät während der Untersuchung laute Geräusche macht, können wir Ihnen Ohrstöpsel anbieten. Zwischendurch sind immer wieder Pausen, in denen der Computer die Bilder errechnet.

Für die Untersuchung kann die intravenöse (i.v.) Gabe eines Kontrastmittels (Gadolinium-haltig) notwendig werden.

Risiken und mögliche Komplikationen dieser i.v. MRT-Kontrastmittelgabe:

1) Allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel (Juckreiz, Hautrötung, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Schwellungen, Herz-Kreislauf-Probleme, Atemnot, Kollaps, allergischer Schock mit evtl. tödlichem Ausgang). Sehr selten sind schwerwiegende eventuell bleibende Schäden wie Organversagen, Lähmungen oder Hirnschäden.

2) An der Einstichstelle können Schmerzen, Blutergüsse, örtliche Verhärtungen oder Verfärbungen der Haut, Schäden an Haut/Nerven/Geweben mit eventuell bleibenden Schäden oder Fehlempfindungen entstehen. Mögliche eventuell dauerhafte Folgen sind z.B. Schmerzen, Entzündungen, Venenreizungen, Absterben von Gewebe, Narben, Fehlempfindungen, Funktionsstörungen oder Lähmungen (z.B. Gliedmaßen). Selten können Infektionen bis hin zu einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung (Sepsis) auftreten, samt eventuell nötiger Krankenhausbehandlung.

3) Bei Fehllage der venösen Kanüle kann es zu einem Austritt des Kontrastmittels in die Weichteile kommen („Paravasat“), dies ist meistens harmlos und das Kontrastmittel wird von selber abgebaut (zur Unterstützung der Heilung kann ein Salbenverband angelegt werden oder der Arm hochgelagert werden). Nur sehr selten kann es zu eventuell bleibenden Gewebeschäden kommen.

4) Niereninsuffizienz bis Dialysepflichtigkeit (Blutwäsche)?

5) Äußerst seltenen tritt eine sogenannte nephrogene systemische Fibrose (NSF) auf, eine krankhafte Vermehrung des Bindegewebes von Haut, Muskulatur und innerer Organe. Dies ist sehr selten und tritt vor allem bei stark eingeschränkter Nierenfunktion, Dialysepatienten und Lebertransplantierten auf, verläuft fortschreitend und kann zu schweren Behinderungen und Tod führen.

6) Bei Mehrfachgaben von Kontrastmittel kann es zu Ablagerungen im Gehirn kommen.

Bei speziellen MRT-Untersuchungen des Bauches oder Beckens kann die Gabe eines Medikamentes zur Unterdrückung der Darmbewegung zur Verbesserung der Bildqualität erforderlich sein (Buscopan). Hierdurch kann es zu vorübergehender Mundtrockenheit, Beschleunigung der Herzfrequenz, Harnverhalt oder Sehstörung kommen. Extrem selten kann es insbesondere bei grünem Star zu einer akuten Erhöhung des Augeninnendrucks kommen (Glaukomanfall), oder bei Männern zu einem Harnverhalt.

**Um eine gefahrlose Untersuchung zu gewährleisten, bitten wir Sie vor der Untersuchung folgende Fragen zu beantworten:**

1) Tragen Sie Implantate wie Herzschrittmacher, Herzklappen, Stent, Defibrillator, Gefäßprothesen, künstliche Gelenke, Silikon/Gel?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2) Tragen Sie weitere metallische/magnetische Implantate wie Metallstifte, Piercing, Zahnimplantate, Insulinpumpe, Schmerzpumpe, Neurostimulator, implantierte Hörgeräte, Cochlea-Implantat?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3) Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese oder Spange?  ja  nein

4) Befinden sich in Ihrem Körper weitere Metallteile, z.B. Spirale, Prothesen, OP-Clips, Metallsplitter als Folge von beruflichem Metallstaub, Unfällen oder Kriegsverletzungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind diese herausnehmbar?  ja  nein

5) Können metallische Splitter am oder im Auge sein?  ja  nein

6) Befinden sich an Ihrem Körper Sonden, z.B. EKG?  ja  nein

7) Sind Sie tätowiert, tragen Sie ein Piercing?  ja  nein

8) Bestehen Lärmempfindlichkeit, Ohrgeräusche/Tinnitus, Gehörschäden?  ja  nein

9) Besteht eine Augenerkrankung (z.B. grüner Star)?  ja  nein

10) Besteht eine Niereninsuffizienz oder eine Dialysepflicht?  ja  nein

11) Sind Sie am Herz oder Kopf operiert?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

12) Sind Sie im Untersuchungsgebiet operiert? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

13) Besteht eine Allergie (z.B. Lebensmittel- oder Medikamentenallergie?)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

14) Wurde bei Ihnen bereits früher eine Kernspintomographie durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

15) Wurden bereits Untersuchungen mit Kontrastmittel durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, traten Komplikationen auf, welche? \_\_\_\_\_

16) Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Stillen Sie?  ja  nein

17) Bei Männern: Besteht eine Erkrankung der Prostata?  ja  nein