

MRT Patientenaufklärung

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Telefonnummer:** _____

Größe: _____ cm **Gewicht** _____ kg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen die Durchführung einer Kernspintomographie (MRT) empfohlen. Bei dieser Untersuchung werden keine Röntgenstrahlen verwendet, sondern elektromagnetische Wellen in einem Magnetfeld. Bei dieser Methode wurde bisher keine die Gesundheit schädigende Wirkung festgestellt.

Vor der Untersuchung

In der Umkleidekabine müssen Sie unbedingt alle magnetischen und metallischen Gegenstände (Uhr, Mobiltelefon, Schmuck, Scheckkarten, Schlüssel, Münzen, Hörhilfen, Taschenmesser usw.), sowie Medikamentenpflaster ablegen. Make-up / Permanent Make-up, Tattoo's und Piercing können die Bildgebung beeinflussen oder zu Hautirritationen führen, sprechen Sie vor der Untersuchung mit uns!!!

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

2. Tragen Sie einen Herzklappenersatz? ja nein

Falls ja, legen Sie bitte Ihren Klappenpass vor.

3. Tragen Sie eine Insulin- oder Infusionspumpe? ja nein

4. Befinden sich in Ihrem Körper Metallimplantate? ja nein

(Metallclips, Splitter, künstliche Prothesen oder Implantat, Neurostimulationsgerät, metallische Fremdkörper,)

welche: _____

5. Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein

Art der Operation? _____

Welches Jahr? _____

6. Leiden Sie unter Asthma? ja nein

7. Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt? ja nein

8. Haben Sie sonstige Allergien? ja nein

9. Sind Sie nierenkrank (welcher Art: _____) ja nein

10. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit? ja nein

(z.B. Hepatitis, HIV- Infektion)

Wenn ja, welche: _____

11. Sind oder waren Sie tumorkrank? ja nein

Welcher Tumor: _____

Behandelnder Onkologe/Facharzt: _____

Soll dieser Arzt/Ärzte ein Befundbericht bekommen? ja nein

Behandelnder Hausarzt: _____

Soll Ihr Hausarzt ein Befundbericht bekommen? ja nein

12. Gibt es von dem heutigen Untersuchungsbereich schon Bilder? ja nein

von wann: _____ **Welche Röntgenpraxis:** _____

13. Frauen: Könnten Sie heute schwanger sein, stillen Sie? ja nein

Kontrastmittel:

Bei einigen Fragestellungen kann die Aussagefähigkeit der Untersuchung durch den Einsatz von Kontrastmitteln noch verbessert werden. Diese Kontrastmittel sind sehr gut verträglich und werden bei normaler Nierenfunktion innerhalb weniger Stunden über den Urin wieder ausgeschieden. Bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es gelegentlich zu Übelkeit, Juckreiz oder Hautausschlag kommen, die in der Regel rasch wieder abklingen. Sollten Sie nach der Untersuchung derartige Symptome haben, informieren Sie uns bitte, bei verzögertem Auftritt ggfs. Ihren Hausarzt. Schwere Unverträglichkeitsreaktionen sind extrem selten, trotzdem sind wir auf sofortige Einleitung von Notfallmaßnahmen eingestellt.

Untersuchungsablauf:

Die Untersuchung dauert meist 15 bis 25 min, in Einzelfällen auch länger. Es ist wichtig, dass Sie bei der Untersuchung besonders ruhig liegen. Klopfgeräusche im Untersuchungsraum beruhen auf elektromagnetischen Schwingungen und sind völlig normal. Während der Untersuchung können wir Sie die ganze Zeit sehen und hören.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Mit der Untersuchung bin ich einverstanden ja nein
Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden ja nein

Lübeck, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

(Ggfs. Name, Vorname gesetzlicher Vertreter)

(Ggfs. Unterschrift gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift Arzt: _____

Bitte beachten Sie:

Lose Metallteile sind im MR-Raum strengstens verboten!! Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die / den MTRA oder Radiologen bevor Sie den Magnestraum betreten!!!

Vom Arzt auszufüllen

Kontrastmittel (ml): _____ Medikation: _____