

# Patienteninformation zur Kernspintomographie

## - Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation -

**Bitte vor der Untersuchung durchlesen und die Fragen auf der Rückseite beantworten.**

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Kernspin- oder Magnetresonanztomographie (MRT) ist eine moderne Untersuchungsmethode, die detailgenaue Schnittbildaufnahmen aller Regionen des menschlichen Körpers ohne Anwendung von Röntgenstrahlen liefert. Zur Untersuchung werden Sie in einem starken, zylindrischen Magneten gelagert. Dadurch werden die im menschlichen Körper zahlreich vorhandenen Wasserstoffkerne (Protonen) in gleicher Richtung angeordnet und dann über spezielle Radiowellen gezielt angeregt, wodurch das für diese Untersuchung typische unvermeidliche, aber nicht gefährliche Klopfgeräusch verursacht wird. Das zurückgesendete Signal wird dann von einem sehr leistungsfähigen Computersystem zu Schichtaufnahmen in vom Untersucher frei wählbaren Ebenen umgewandelt.



### Für Patienten mit Herzschrittmacher ist die Untersuchung nicht geeignet!

Bei Schwangerschaft und bei im Körper vorhandenen Metallfremdkörpern wie z.B. Gelenkprothesen, Metallsplintern oder Clips nach Operationen, muss im Einzelfall entschieden werden, ob eine Kernspintomographie möglich und sinnvoll ist. Wir werden Sie hierzu auf der Rückseite noch genauer befragen. Bei den angewandten Magnetfeldstärken sind schädigende Wirkungen auf den Körper nicht zu befürchten. Die Haut unter Tätowierungen kann sich durch die eingestrahlten Radiowellen kurzfristig erwärmen. Sollten sich außergewöhnliche Situationen ergeben, können Sie sich auch während der Untersuchung bemerkbar machen.

Bei manchen Untersuchungen muss ein Kontrastmittel in eine Armvene gespritzt werden. Es enthält kein Jod und ist für Nierengesunde gut verträglich. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion kann eine Dosisanpassung oder ein Wechsel des üblicherweise verwendeten Kontrastmittels erforderlich werden. Deswegen möchten wir Sie bitten, zur Beurteilung der Nierenfunktion den aktuellen Blutwert (Serumkreatinin oder Kreatininclearance/GFR) mitzubringen.

MRT- Kontrastmittel werden über die Nieren ausgeschieden. Extrem selten kann jedoch eine Erkrankung ausgelöst werden (sog. Nephrogene systemische Fibrose = NSF), die mit einer nicht behandelbaren Bindegewebserkrankung der Haut einhergeht und zu einer Einschränkung der Beweglichkeit führen kann, ggf. bis hin zur Gelenksteife. Im Verlauf können auch Organe geschädigt werden. Besonders gefährdet sind Patienten mit schwerer Nierenerkrankung oder vor bzw. nach einer Lebertransplantation.

In seltenen Fällen kann es bei der Verwendung von Kontrastmitteln zu leichten allergieähnlichen Hautreaktionen mit Unwohlsein kommen. In extrem seltenen Fällen können ernstere allergische Reaktionen auftreten.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Falls Sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen an der Injektionsstelle verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, den Arzt.

Da Sie im Untersuchungsraum von einem starken Magnetfeld umgeben sind, müssen metallische Gegenstände, wie z.B. Schlüssel, Münzgeld, Feuerzeug, Uhr, Brille, Schmuck, Gürtel oder magnetempfindliche Dinge wie z.B. Kredit-, Scheckkarten, Mobiltelefone oder Hörgeräte vor der Untersuchung auf jeden Fall abgelegt werden (spätestens in der Umkleidekabine).

Sollten Sie unter besonderer Unruhe oder Platzangst leiden, können wir Ihnen vor der Untersuchung ein Beruhigungsmittel verabreichen. Da Ihr Erinnerungs-, Reaktions- und Urteilsvermögen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt wird, sollten Sie in der Zeit nach der Untersuchung keine wichtigen Entscheidungen treffen, nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, keine gefahrgeneigten Tätigkeiten ausüben und keinen Alkohol oder andere zentral wirksame Substanzen (z.B. Beruhigungsmittel) zu sich nehmen. Sie dürfen unsere Praxis nur mit einer begleitenden Person verlassen und es muss anschließend für eine kompetente Betreuung gesorgt sein.

Während der Messzeit, die von einem technisch nicht vermeidbaren Klopfgeräusch begleitet ist, sollten Sie ruhig und entspannt liegen, da jede Bewegung Störungen im Bild verursacht und zusätzlich die Untersuchungszeit, die in der Regel zwischen 20 und 40 Minuten beträgt, verlängert.

Nach der Untersuchung werden Ihre Aufnahmen vom Arzt beurteilt und ein schriftlicher Befund erstellt. Dieser wird innerhalb weniger Arbeitstage automatisch an Ihren Überweiser weitergeleitet.

**Zur gezielten Untersuchungsplanung und exakten Auswertung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Deshalb bitten wir Sie um die Beantwortung der Fragen auf der Rückseite.**

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Telefon-Nr.:	_____

**- Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation -**

Bitte tragen Sie hier Ihr Alter \_\_\_\_\_, Ihre Größe \_\_\_\_\_, und Ihr Gewicht \_\_\_\_\_ ein!

**Zur Vermeidung von Risiken benötigen wir folgende Angaben auf jeden Fall:**

- |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> oder eingebauten <b>Defibrillator</b> ? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie <b>künstliche Herzklappen</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wurden Ihnen <b>Gefäßclips</b> eingesetzt? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wurden Ihnen Gefäßstützen („ <b>Stents</b> “) eingesetzt? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wurden Sie an <b>Knochen</b> oder <b>Gelenken</b> operiert und tragen <b>Metallteile</b> im Körper?.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wo: _____  |                          |                          |
| - Wurde Ihnen eine Hörhilfe („ <b>Cochleaimplantat</b> “), Schmerzmittel- oder Insulinpumpe eingesetzt? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tragen Sie ein <b>Hörgerät</b> ? ( <u>Darf nicht mit in den Untersuchungsraum genommen werden</u> ) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tragen Sie <b>Tätowierungen</b> oder <b>Piercings</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie eine <b>ansteckende Erkrankung</b> (Hepatitis, HIV o.ä.)? Welche: _____                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ist eine <b>Kontrastmittelallergie</b> bekannt? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Besteht die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> oder <b>stillen</b> Sie? .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Liegt bei Ihnen eine <b>Nierenfunktionsstörung</b> vor? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - <b>Kreatininwert/eGFR:</b> _____ / _____  |                          |                          |

**Die Beantwortung folgender Fragen hilft uns, die Untersuchung möglichst exakt an Ihre Fragestellung anzupassen:**

- Wenn aktuelle Beschwerden (Schmerzen, Schwellung u.ä.) Anlass dieser Untersuchung sind, schildern Sie uns bitte Art, Stelle und Dauer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ging Ihren Beschwerden ein **Unfall** voraus? Wenn ja, schildern Sie uns bitte Zeitpunkt und Hergang:  
\_\_\_\_\_
- Hatten Sie Voroperationen, Tumor- oder chronische Erkrankungen? Teilen Sie uns Einzelheiten (Was? Wann?) bitte in den folgenden Zeilen mit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Wurden Sie in der zu untersuchenden Körperregion bereits früher untersucht? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann und wo? _____   |                          |                          |
| Wo befinden sich die Bilder dieser Untersuchung? _____                              |                          |                          |

Sollten Sie weitere Fragen haben, bitten wir Sie, uns diese vor Untersuchungsbeginn zu stellen. Wenn Sie mit der Durchführung der geplanten Kernspintomographie und einer Kontrastmittelgabe, soweit diese zur Klärung der Fragestellung erforderlich werden sollte, einverstanden sind, bitten wir Sie, uns dies durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Diese Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation wird im RNZ im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten archiviert und ist in dieser Zeit jederzeit abrufbar.

Ich wünsche eine Kopie dieser Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation.

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

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