



Name, Vorname: _____ Termin: _____

Geb.-Datum _____ Größe/Gewicht _____

Aufklärung MRT mit Kontrastmittelgabe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen soll eine kernspintomographische Untersuchung erfolgen.

Untersuchungsablauf

Die MRT (Kernspin-Tomographie oder Magnet-Resonanz-Tomographie) ist eine schonende Untersuchungstechnik auf Magnetfeldbasis ohne Röntgenstrahlung. Bei der Untersuchung entstehen überlagerungsfreie Schnittbilder in beliebiger Orientierung. Diese Bilder werden mittels Radiowellen in einem starken Magnetfeld erzeugt. Während der Untersuchung, die ca. 20 Minuten dauert, liegen Sie in einer beleuchteten offenen Röhre.

Die Untersuchung ist schmerzfrei. Die Erzeugung der Radiowellen verursacht laute Klopfgeräusche. Sie erhalten von uns einen Kopfhörer oder Ohrstöpsel als Schutz.

Patienten mit einem Herzschrittmacher können nicht untersucht werden.

Risiken der Untersuchung

Obwohl es sich um ein risikoarmes Verfahren handelt, sind Komplikationen möglich. Dazu zählen z.B. Metallteile, die im oder am Körper getragen werden. Diese können ihre Lage unkontrolliert verändern und so zu einer Gefahr werden. Durch Tätowierungen, Permanent Make up / Make-up können Hautreizungen auftreten, wie Rötungen oder Verbrennungen. Bitte informieren Sie uns über vorhandene Tätowierungen (Permanent Make up).

In seltenen Fällen kann es zu Beklemmungsgefühlen kommen. Sollten Sie unter Platzangst leiden, verständigen Sie uns bitte vor der Untersuchung.

Vorbereitung

Wichtig! Vor Betreten des Untersuchungsraumes legen Sie bitte alle metallischen Gegenstände ab, die Sie am Körper tragen. Dazu gehören z.B. Armbanduhr, Brille, Hörgerät, Haarnadeln, Geldbörse, Gürtel, Kugelschreiber, Ohringe, Schlüssel, Piercings sowie Schmuck und andere Kleidungsstücke mit Metall.

Nehmen Sie bitte auch keine Scheckkarten oder andere Magnetstreifenkarten mit in den Untersuchungsraum, da diese durch das Magnetfeld sonst gelöscht werden können!

Kontrastmittelgabe

Bei bestimmten Fragestellungen Ihres Arztes kann auch die Gabe einer Kontrastmittelflüssigkeit über eine Armvene erforderlich sein. Bei sonst guter Verträglichkeit können sich auch geringe Mengen des enthaltenen Inhaltsstoffes im Gehirn ablagern, ohne dass es bislang Hinweise für eine Patientenschädigung gibt.

Wie bei allen Medikamenten kann es in gelegentlichen Einzelfällen bei Unverträglichkeit (Allergie) zu vorübergehendem Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag u.ä. kommen (1:100)

Reaktionen, die von selbst wieder abklingen. Venenreizungen bzw. Überempfindlichkeiten einzelner Organe oder des Kreislaufs sind sehr selten (1:1 000).

Schwere lebensbedrohliche Situationen sind extrem selten (1: 1 0 000 bis 1:100000).

Seit kurzem ist ein Zusammenhang zwischen MRT-Kontrastmitteln und der sogenannten nephrogenen systemischen Fibrose hergestellt worden. In seltenen Fällen kommt es bei Menschen mit eingeschränkter Nierenfunktion zu Fibrosierungen der Haut und des Bindegewebes der inneren Organe. Einige MRT-Kontrastmittel dürfen bei diesen Menschen nicht angewendet werden. Sollte eine Erhöhung des Kreatininwertes im Blut vorliegen ist eine genauere Untersuchung der Ausscheidungsfunktion erforderlich (Kreatinin-Clearance > 30ml/min). Bitte bringen Sie vorhandene Laborbefunde des Serumkreatininwertes mit.

Um die Untersuchung für Sie möglichst angenehm und unproblematisch zu gestalten, bitten wir um die Beantwortung der folgenden Fragen mit Ja oder Nein – Bei Unklarheiten fragen Sie uns bitte gern.

Fragen	Bemerkungen (wann / welche)	
Tragen Sie eine künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Tragen Sie einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Haben Sie andere Metallteile im Körper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Sind Sie am Herz operiert worden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Sind Sie am Kopf operiert worden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Bisherige andere Operationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Bekannte Herz- Kreislauf-Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Sind bei Ihnen Allergien bekannt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Haben Sie Tätowierungen/Permanent Make up	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Besteht Klaustrophobie/Angst in engen Räumen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Wurde schon mal eine MRT durchgeführt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____

Für Frauen im gebärfähigen Alter

Besteht eine Schwangerschaft nein ja

Fragen zum Untersuchungsablauf:

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich die Erläuterungen zur Untersuchung sowie zu den Risiken sorgfältig gelesen, verstanden und die gestellten Fragen richtig beantwortet habe. Nach ausreichender Bedenkzeit habe ich keine weiteren Fragen an den Arzt und bin mit der Durchführung der MRT-Untersuchung und einer evtl. Kontrastmittelgabe einverstanden.

Nach einer Kontrastmittelgabe verbleiben Sie bitte noch 30 Minuten in unserer Abteilung.

Bitte verständigen Sie uns sofort, wenn Übelkeit, Durchfall, Schwindel, Hautausschlag, Unwohlsein, o. a. Beschwerden während oder nach der Untersuchung auftreten. Bei Beschwerden nach dem Verlassen unserer Praxis, informieren Sie bitte umgehend Ihren Arzt oder rufen den Notarzt.

Unterschrift Patient /Bevollmächtigter _____

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz mit Stand vom 25.05.2018 zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

ja nein

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden.

ja nein

Falls Untersuchungen in der Praxis bereits vor dem 01.10.2018 erfolgt sind, gestatte ich Herrn Dr. Schröter als Nachfolger von Herrn Dr. Teller Einsicht in meine elektronische Patientenakte, die Vorbefunde und das Bildmaterial der Voruntersuchungen.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass mir organisatorische Informationen, z.B. Terminverschiebungen, telefonisch, per SMS oder Mail übermittelt werden.

ja nein

Ich bin informiert worden, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

ja nein

Unterschrift Patient /Bevollmächtigter _____

Nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch habe ich auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens

Ich wünsche eine Kopie und bestätige, eine Kopie erhalten zu haben

Potsdam, den _____ **Unterschrift Patient /Bevollmächtigter** _____

Potsdam, den _____ **Name Arzt** _____ **Unterschrift Arzt** _____