

## AUFKLÄRUNG UND UNTERSUCHUNGSVORBEREITUNG ZUR OFFENEN MRT (KERNSPINTOMOGRAPHIE)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich zu einer Kernspintomographie entschlossen. Bei diesem Verfahren können verschiedene Körperregionen untersucht werden. Dabei werden Sie liegend in ein für Sie nicht spürbares Magnetfeld gebracht. Es werden keinerlei Röntgenstrahlen angewendet. Wir nutzen für Ihre Untersuchung einen offenen Kernspintomographen der neuesten Generation.

Die **Dauer Ihrer Untersuchung** hängt von der jeweiligen Fragestellung ab und variiert im Regelfall zwischen 15 und 40 Minuten. Ausnahmen hiervon sind Spezialuntersuchungen. **Während der gesamten Zeit ist es wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben**, um sogenannte Bewegungsartefakte (verwackelte Bilder) zu vermeiden. Ein/e Assistent/in bleibt während der gesamten Untersuchung mit Ihnen in Sicht- und/oder Sprachkontakt.

Um Ihnen die Untersuchung so angenehm wie möglich zu machen, erhalten Sie während Ihrer Untersuchung einen Gehörschutz, z. B. Ohrstöpsel oder Kopfhörer, die den **Geräuschpegel des Gerätes** dämmen.

Je nach Fragestellung kann für die Untersuchung eine **Kontrastmittelgabe** nötig sein. Dafür sollte ein aktueller Kreatininwert (Kreatinin = Stoffwechselprodukt, welches über die Nieren ausgeschieden wird) vorher bestimmt worden sein. Sinnvoll ist dies z. B. dann, wenn bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt ist. **Bitte teilen Sie uns vor der Untersuchung mit, ob bei Ihnen eine solche Funktionsstörung vorliegt** und/oder ob es aktuelle Blutwerte diesbezüglich gibt.

Die von uns verwendeten Kontrastmittel enthalten **keine** allergieauslösenden Jodverbindungen und sind in den allermeisten Fällen sehr gut verträglich. Sollten Sie sich jedoch nach Gabe des Kontrastmittels unwohl fühlen, teilen Sie dies bitte der Assistentin bzw. dem Assistenten mit. Im Notfall haben Sie immer die Möglichkeit, sich während der Untersuchung mit Hilfe einer Klingel bemerkbar zu machen.

Zu Ihrer **eigenen Sicherheit** legen Sie bitte **sämtliche metallischen Gegenstände** (Schmuck, Geld, Haarklammern oder Spannen, Hörgeräte, nicht fixierte Implantate wie Zahnprothesen etc.) vor der Untersuchung ab.

Bei **Untersuchungen des Kopfbereiches** sollte wegen kleinster metallischer Partikel auch evtl. aufgetragener Lidschatten entfernt werden.

Sollten Sie **Gelenkprothesen, Herzschrittmacher, Gehörimplantate, Gefäßclips oder Granatsplitter** im Körper haben, teilen Sie uns das bitte **vor** der Untersuchung mit. Eine Durchführung der Untersuchung kann im Einzelfall zu schwersten gesundheitlichen Schäden führen. In einem solchen Fall muss erst geprüft werden, ob die Kernspintomographie die für Sie geeignete Untersuchung ist. Zum Teil ist dann ein alternatives Untersuchungsverfahren vorzuziehen.

---

Name, Vorname Patient/in

---

Geb.datum Patient/in

---

Datum

---

Unterschrift Patient/in

## AUFKLÄRUNG UND UNTERSUCHUNGSVORBEREITUNG ZUR OFFENEN MRT (KERNSPINTOMOGRAPHIE)

Wichtig ist es, dass Sie während der gesamten Untersuchungszeit ruhig und bequem liegen. Bitte weisen Sie **sofort auf eine unbequeme Lagerung hin**.

**Bitte beachten:** Nach evtl. Verabreichung von Beruhigungsmittel (z. B. Tavor) dürfen Sie in den nächsten 24 Std. nicht am Straßenverkehr teilnehmen, nicht arbeiten und auch keine Geräte / Maschinen bedienen. Bitte lassen Sie sich durch eine Begleitperson nach Hause bringen. **(Unterschrift)**

Für Rückfragen steht Ihnen unser Team jederzeit zur Verfügung.

**Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Wie ist Ihr Körpergewicht/Größe (ca.)? kg \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator, Hörgeräte, Insulin-/Schmerzpumpen, Sophy-Ventil (Shunts)? (wenn ja, bitte zutreffendes unterstreichen) Ja  Nein
2. Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile wie Gelenkprothesen, Gefäßclips, Granatsplitter, metallische Herzklappen? (wenn ja, bitte zutreffendes unterstreichen) Ja  Nein
3. Leiden Sie unter Klaustrophobie („Platzangst“)? Ja  Nein
4. Sind bei Ihnen chronische Bluterkrankungen wie Hepatitis, HIV o.ä. bekannt? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
5. Haben Sie Asthma oder Bluthochdruck? Wenn ja, was? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
6. **Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Untersuchung ein.** Ja  Nein

**Für unsere Patientinnen:**

7. Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patienten/in

**Fragen für Begleitperson bzw. Begleitung in den MRT-Raum**

- Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile? Ja  Nein
- Bei Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.datum

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Begleitperson

(Seite 2 von 3)

## Zur Vorbereitung einer **eventuellen** Gabe von Kontrastmittel:

Diese Information soll Ihnen einen kurzen Überblick über den Grund der Gabe von Kontrastmittel geben. Viele Organe und Gewebe des Körpers sind in der radiologischen Diagnostik schwer voneinander zu unterscheiden. Durch die Gabe eines Kontrastmittels ist häufig eine genaue Differenzierung zwischen einzelnen Gewebeteilen und Organen möglich. Dies kann die diagnostische Aussagekraft einer Untersuchung deutlich verbessern und teilweise eine präzise Diagnostik überhaupt erst ermöglichen.

Die folgenden Fragen beziehen sich speziell auf eine Behandlung, die die Gabe von Kontrastmittel notwendig macht. Bitte lesen Sie die Fragen in Ruhe durch. Falls Unklarheiten bestehen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter/innen.

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Sind Sie mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind bei Ihnen Erkrankungen oder eine Funktionseinschränkung der Nieren bekannt?                        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche? _____  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde bei Ihnen in den letzten Monaten Blut abgenommen?<br>Wenn ja, wann? _____ Bei welchem Arzt? _____ | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind Sie damit einverstanden, dass wir diese Informationen dort erfragen?                               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?<br>Wenn ja, welche? _____                                       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

### **Für unsere Patientinnen:**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 8. Besteht die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Stillen Sie zur Zeit?                                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

- Alle Fragen habe ich vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bewusst, dass unvollständige oder falsche Angaben unter Umständen teils schwere gesundheitliche Risiken zur Folge haben können.
- Ich versichere, dass ich das zur Verfügung gestellte Aufklärungsmaterial gelesen und verstanden habe, Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen und zufriedenstellende Antworten auf gestellte Fragen erhalten habe.
- Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die geplante Untersuchung ein.

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

priv. Krankenversicherung

\_\_\_\_\_

Überweisender Arzt

\_\_\_\_\_

evtl. abweichende Tarife (Student, Basis etc.)

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in

(Seite 3 von 3)