

Aufklärungsbogen zur Kernspintomographie/ Magnetresonanztomographie (MRT)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Erkennen.
Wissen.
Beraten.

Liebe Patientin, lieber Patient!

dieser Aufklärungsbogen soll Sie über die bei Ihnen/Ihrem Kind geplante Kernspintomographie informieren.

Die Kernspintomographie/Magnetresonanztomographie (MRT)

Die Kernspintomographie ist eine technisch sehr aufwendige Untersuchung, bei der mit Hilfe von Magnetfeldern und Radiowellen Schnittbilder des Körpers angefertigt werden. Bei dieser Untersuchung werden keine Röntgenstrahlen und auch keine radioaktiven Stoffe verwendet. Das Magnetfeld sowie die elektromagnetischen Wellen sind nach derzeitigem Kenntnisstand unbedenklich.

Untersuchungsablauf

Die Untersuchung wird in einem abgeschirmten Raum durchgeführt, in dem Sie während der Untersuchung durch eine große Glasscheibe überwacht werden. Sie liegen während der Untersuchung in Rückenlage auf einer beweglichen Liege, die langsam in die etwa 70 cm breite und 130 cm lange Öffnung des Magneten gleitet. Dieser ist hell, gut belüftet und jeweils am Kopf- und Fußende offen. Der zu untersuchende Bereich liegt dabei in der Mitte des Magneten. Eine Untersuchung dauert je nach untersuchter Körperregion zwischen 10-40 Minuten. Während der Untersuchung entstehen unvermeidbare, relativ laute Klopf- und Brummgeräusche. Um Ihren Aufenthalt im Gerät angenehmer zu machen, erhalten Sie Ohrstöpsel oder Kopfhörer, über die Sie ggf. Musik hören können. Unser Assistenzpersonal kann Sie jederzeit sehen und hören. Im Falle eines Notfalls haben Sie zusätzlich die Möglichkeit über eine elektronische Klingel in Ihrer Hand auf sich aufmerksam zu machen. Für eine gute Bildqualität und eine möglichst kurze Untersuchungszeit ist es absolut wichtig, dass Sie sich bei der Untersuchung nicht bewegen. Sie sollten möglichst bequem liegen, ruhig atmen und etwaigen Anweisungen zur Ein- und Ausatmung unseres Assistenzpersonals genauestens befolgen.

Kontrastmittel

Bei bestimmten Fragestellungen kann die Aussagekraft durch die Injektion eines Kontrastmittels in eine Körpervene erheblich verbessert werden. Hierzu wird eine Kanüle in eine Vene (meist Armvene) gelegt. Bitte beachten Sie, dass manche Befunde überhaupt nur nach Gabe eines Kontrastmittels sichtbar werden. Gelegentlich kann der Radiologe erst während der Untersuchung entscheiden, ob ein Kontrastmittel notwendig ist. Die von uns verabreichten modernen Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen.

Im Falle einer Ablehnung der Untersuchung bzw. der Kontrastmittelgabe ergeben sich u. U. Nachteile für das Untersuchungsergebnis, z.B. Nichterkennung von Krankheiten, etc..

Alternative Untersuchungsmöglichkeiten

Nichtoperative diagnostische Alternativen zur Kernspintomographie/Magnetresonanztomographie können die Ultraschalluntersuchung (Sonographie), die Computertomographie (spezielle Röntgenuntersuchung mit der überlagerungsfreie Querschnittsbilder von Körperregionen erstellt werden können) oder die Szintigraphie (Messung der Strahlenverteilung einer zuvor verabreichten radioaktiven Substanz) sein.

Einschränkungen

Die Kernspintomographie wird bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen aus Sicherheitsgründen gar nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen durchgeführt. Hierzu gehören z.B. Patienten mit implantierten Herzschrittmachern oder anderweitigen elektrischen Stimulatoren/Pumpen. Manche Patienten mit Metallteilen im Körper (z.B. metallische Herzklappen, Granatsplitter, metallische Fremdkörper) sollten nur unter bestimmten Voraussetzungen untersucht werden. Gelenkimplantate/Gelenkprothesen sind hingegen in der Regel unbedenklich. Eine Tätowierung oder Permanent-Make-Up kann sich unter Umständen stark erwärmen. Dem kann bei Bedarf mit Kühlpacks entgegengewirkt werden. Piercings, Hörgeräte und Schmerzplaster müssen vor der Untersuchung entfernt werden. Bei der Untersuchung dürfen keine metallischen Gegenstände am Körper vorhanden sein.

WICHTIG: Bitte legen Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes alle metallischen Gegenstände (wie z.B. Uhr, Brille, Hörgerät, Gürtel, Ringe, Geldmünzen, Kleidungsstücke mit Metallteilen, Schlüssel, Kugelschreiber, Haarspangen, Anstecknadeln, Zahnprothesen, Modeschmuck, metallhaltige Kleidungsstücke, etc.) ab. Ihre Scheckkarten und EC-Karten dürfen ebenfalls nicht mit in den Untersuchungsraum genommen werden, da diese automatisch gelöscht werden würden.

Bitte wenden Sie sich bei offenen Fragen an unser Personal. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Untersuchungsrisiken

Beim Legen einer Venenkanüle oder während einer etwaigen Kontrastmittelinfusion:

Selten (0,01%-0,1%): Schäden der Haut-, des Gewebes oder der Nerven. Mögliche, u.U. dauerhafte Folgen: Schmerzen, Entzündung, Absterben von Gewebe, Narben sowie Empfindungs-, Funktionsstörungen, Lähmungen.

Selten (0,01% bis 0,1%): Leichte allergische Reaktionen, Juckreiz, Hautausschlag, Brechreiz oder ähnliche leichtere Reaktionen, die meist von selbst wieder abklingen.

Sehr selten (\leftarrow 0,01%): Schwere allergische Reaktionen mit Luftnot, Kreislaufschock, Herzversagen, Atemstillstand, die eine weitere intensivmedizinische Behandlung erforderlich machen oder gar bleibende Schäden (z.B. Hirnschäden, Organversagen) verursachen. Allergische Reaktionen können auch Stunden nach Gabe eines Kontrastmittels auftreten.

Extrem selten (\leftarrow 0,001%): Nephrogene systemische Fibrose (NSF), eine Erkrankung die mit Vernarbungen der Haut und der inneren Organe einhergeht und bis zum Organversagen und Tod führen kann.

Melden Sie bitte dem Assistenzpersonal, wenn Sie während der Untersuchung etwas Ungewöhnliches an sich bemerken (z.B. Niesen, Kopfschmerzen, Schwellungen, Übelkeit, Augentränen, Juckreiz, Schwindel, Luftnot).



RUHRRADIOLOGIE

Um Behandlungsrisiken zu minimieren, bitten wir Sie, folgende Fragen im Vorfeld zu beantworten:

- | | |
|---|--|
| <p>1 Wie groß sind Sie? _____</p> <p>2 Wie schwer sind Sie? _____</p> <p>3 Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kernspintomographie durchgeführt?</p> <p>An welchem Körperteil? _____</p> <p>Wann? _____</p> <p>In welcher Praxis/Klinik? _____</p> <p>4 Kam es im Rahmen der Untersuchung zu Komplikationen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>5 Leiden Sie an Allergien (Kontrastmittel, Pflaster, Medikamente, Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel, etc.)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, an welchen? _____</p> <p>_____</p> <p>6 Leiden Sie unter Klaustrophobie (Angst in engen Räumen)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> | <p>7 Haben Sie Metallteile in/an Ihrem Körper?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herzschrittmacher, Defibrillator Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> - Herzklappe, Cochleaimplantat Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> - Gelenkprothese, Insulinpumpe, Stent Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> - Hörgerät, Piercing, Zahnsperre Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> - Operationsclips, Metallsplitter Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <p>8 Haben Sie Tätowierungen oder Permanent-Make-Up? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja was? _____</p> <p>9 Wurden Sie schon einmal operiert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja woran? _____</p> <p>Wann? _____</p> <p>10 Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder sind Sie schon einmal an den Nieren operiert worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>11 Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) bekannt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>12 Nur für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ungewiss <input type="checkbox"/></p> |
|---|--|

Einwilligungserklärung

Über die geplante Untersuchung, Art und Bedeutung, spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, Neben- und Folge- maßnahmen und ihre Risiken sowie auch über alternative Untersuchungsmethoden wurde ich ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit eventuell während der Untersu- chung erforderlichen Neben- und Folgemaßnahmen bin ich ebenfalls einverstanden. Mit der Weitergabe/Anforderung meiner Untersuchungs- und Behandlungsdaten an/von meine(n) behandelnden Ärzte(n) (nach §73 Abs.1b SGB V) erkläre ich mich einverstanden (falls nicht zutreffend, bitte streichen).

Ort/Datum

Patient/Erziehungsberechtigter/Bevollmächtigter

Radiologe

Ich bestätige den Erhalt einer Kopie dieses Aufklärungsbogens. Ja Nein

© RUHRRADIOLOGIE