

Bonn, den _____

NAME: _____

ANSCHRIFT: _____

KRANKENKASSE: _____

Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung Magnetresonanztomographie (MRT)

ACHTUNG: Herzschrittmacher dürfen nicht, Herzklappen, Neurostimulatoren und Metallsplitter bedingt und nur nach ärztlicher Rücksprache ins MRT! Bitte machen Sie uns unbedingt darauf aufmerksam. Bringen Sie bitte Ihren Implantatausweis mit.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrem Einverständnis soll bei Ihnen eine Magnetresonanztomographie durchgeführt werden. Anstelle von Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen werden zur bildlichen Darstellung Ihres Körpers elektromagnetische Wellen in einem sehr starken Magnetfeld verwendet. Das von Ihrem Körper zurückgesendete Echosignal wird von Spulen aufgefangen und mit Hilfe eines Computers in eine bildliche Darstellung Ihres Körpers/Körperteils umgewandelt. Die verwendeten Magnetfeldstärken verursachen keine schädigende Wirkung, allerdings können Fremdkörper das Magnetfeld stören. **Bitte legen Sie daher vor der Untersuchung BH, Schuhe und Fremdkörper, wie Scheckkarten, Hörgeräte, etc. ab!** Je nach Fragestellung dauert die Untersuchung 15 bis 30 Minuten. Bitte liegen Sie dabei möglichst ruhig und beachten Sie die eventuellen Atemkommandos. An bestimmten Kontaktstellen kann es theoretisch zu Überwärmungen oder in seltenen Fällen zu Verbrennungen kommen. Dies wird durch korrekte Lagerung durch das Personal verhindert. Bitte verändern Sie deshalb während der Untersuchung nicht eigenmächtig Ihre Position. Während der Untersuchung hören Sie Klopfgeräusche unterschiedlicher Lautstärke, weswegen Sie einen Ohrschutz bekommen.

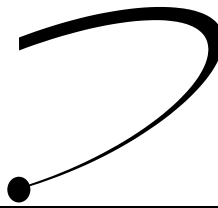
Bei einigen Untersuchungen ist die Gabe von Kontrastmittel empfohlen, welches aber nur in sehr seltenen Fällen zu allergischen Reaktionen führen kann. Extrem selten sind unvorhersehbare, schwere allergische Reaktionen bis hin zum lebensbedrohlichen Schock. Das Kontrastmittel wird über die Nieren aus dem Körper ausgeschieden.

Gelegentlich können Verletzungen der Venen entstehen mit Austritt des Kontrastmittels in die Weichteile (Paravasat). Blutergüsse oder Nachblutungen sind möglich, sehr selten bleibende Nervenschädigungen oder Infektionen.

Es gibt darüber hinaus bestimmte Bedingungen und Vorerkrankungen, die zu beachten sind. Bitte beantworten Sie uns deshalb vor der Untersuchung folgende Fragen:

	JA	NEIN	UNBE- KANNT
Ist die heutige Untersuchungsregion schon einmal untersucht worden? Falls nicht bei uns, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WICHTIG: BITTE FÜLLEN SIE AUCH DIE RÜCKSEITE AUS.



	JA	NEIN	UNBE- KANNT
Sind Sie Träger/Trägerin eines Herzschrittmachers/Defibrillators, Eventrecorders, Neurostimulators, Ventrikelschrittmachers einer künstlichen Herzklappe oder Schmerzpumpe ? <i>Falls ja, um was handelt es sich? BITTE MACHEN SIE DIE MTRAS HIERAUF AUFMERKSAM!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Metallsplittverletzungen oder Kriegsverletzungen bekannt? Leiden Sie an Allergien? <i>Falls ja, wogegen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde schon einmal ein gadoliniumhaltiges Kontrastmittel (= MRT-Kontrastmittel) verabreicht? Ist eine Allergie gegen gadoliniumhaltiges Kontrastmittel bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine chronische/akute Nierenerkrankung oder eingeschränkte Nierenfunktion Sind Sie dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Träger/Trägerin: einer Insulinpumpe oder eines Blutzuckersensors? einer Gelenkprothese oder Extremitätenprothese? Metallapplikationen am Körper, z. B. Piercings, Tätowierungen, Spirale, (Schmerz-)Pflaster, etc.? eines Hörgerätes, einer Zahnspange oder einer herausnehmbaren Zahnprothese? einer Innenohrprothese (Cochlea-Implantat) oder Mittelohrprothese (Gehörknöchelchenerersatz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schon einmal am Herzen, am Kopf oder an der Wirbelsäule operiert worden? <i>Falls ja, wann und was?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schon einmal im heutigen Untersuchungsgebiet operiert worden (falls nicht Kopf oder Wirbelsäule)? <i>Falls ja, wann und woran</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine (chron.) Infektionskrankheit bekannt, z. B. HIV, Hepatitis? Haben Sie eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Gewicht [kg]: _____ Ihre Größe [cm]: _____			
<i>Bitte schildern Sie kurz Ihre Beschwerden bzw. den Grund der Untersuchung:</i>			

Für Frauen im gebärfähigem Alter: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Stillen Sie zur Zeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Ich habe die Informationen verstanden und habe keine zusätzlichen Fragen.
- Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.
- Ich bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.
- Bitte händigen Sie mir eine Kopie des Aufklärungsbogens aus.

Bonn, den _____

Unterschrift der Patientin/ des Patient: _____