



### Aufklärungsbogen zur Kernspintomographie

Sehr geehrte Patienten,

die **Magnetresonanztomographie** (MRT, Kernspintomographie) stellt eine der modernsten Entwicklungen in der radiologischen Diagnostik dar, die es ermöglicht mit Hilfe eines starken Magnetfeldes ohne Einsatz von Röntgenstrahlen Bilder aus dem menschlichen Körper zu gewinnen. Hierbei werden von Ihrem Körper Schichten aufgenommen, welche durch den hervorragenden Weichteilkontrast eine genaue Darstellung der Organe und Körperstrukturen erlauben. In der Regel dauert die Untersuchung 15-20 Minuten, dabei ist es wichtig, dass Sie ruhig und entspannt liegen.

Während der Untersuchung treten regelmäßig zum Teil sehr laute klopfende Geräusche mit unterschiedlichem Rhythmus auf. Gegen dieses Klopfen erhalten Sie von uns einen Gehörschutz.

In manchen Fällen ist auch eine intravenöse Kontrastmittelgabe erforderlich, abhängig von der Fragestellung oder dem Befund. Das Kontrastmittel zeichnet sich durch seine gute Verträglichkeit aus, nur gelegentlich kann es zu allergischen Reaktionen kommen (wie z.B.: Hautausschlag, Übelkeit, Schwindel, Erbrechen, Blutdruckabfall).

Vor der Untersuchung bitte Scheckkarten, Uhr, Handy, Geldbeutel, Hörgeräte, Schlüssel, Kleingeld, Schmuck, Gürtel, Haarnadeln usw. in der Umkleidekabine ablegen. Zahnersatz bei Untersuchungen von Kopf/ Halsbereich). Diese Gegenstände können die Untersuchung stören bzw. durch das Magnetfeld beschädigt werden!

Bei Platzangst kann die Untersuchung unter der Gabe von Beruhigungsmitteln erfolgen (Begleitperson erforderlich!).

#### **Wann darf eine MRT-Untersuchung nicht durchgeführt werden?**

- Wenn Sie einen Herzschrittmacher oder andere sog. aktive Implantate (Cochleaimplantat, Insulinpumpe, Neurostimulator) tragen
- Im ersten Drittel der Schwangerschaft sollte die Untersuchung möglichst aufgeschoben werden

Falls sich **Metallteile (Granatsplitter, Gefäßclips nach OP)** in Ihrem Körper befinden, wenden Sie sich bitte an unser Personal. Metallteile im Körper, wie zum Beispiel fester Zahnersatz, Gelenkprothesen, Metallplatten nach Operationen oder die Spirale zur Verhütung bei Frauen, stellen in der Regel kein Problem dar.



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:**

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  nein  ja
2. Wurde bei Ihnen ein Cochlea Implantat bzw. Stimulatoren eingesetzt?  nein  ja
3. Tragen Sie eine Insulin- oder Schmerzpumpe?  nein  ja
4. Wurden Sie schon am Kopf oder Herz operiert?  
Wenn ja, wurde etwas eingesetzt: \_\_\_\_\_  nein  ja
5. Haben Sie Implantate? (z.B. Hüft-TEP, Spirale usw.)  nein  ja
6. Sind bei Ihnen Metallsplitter im Körper oder Kopf bekannt?  nein  ja
7. Liegt bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung vor?  nein  ja
8. Sind bei Ihnen übertragbare Infektionskrankheiten bekannt?  
**(Hepatitis, HIV, TBC)** Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  nein  ja
9. Haben Sie Platzangst?  nein  ja
10. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  nein  ja
11. Hatten Sie eine Allergie durch **MRT-Kontrastmittel**?  nein  ja
12. Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?  nein  ja
13. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt?  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  nein  ja
14. Bei Patientinnen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen oder stillen Sie?  
Datum der letzten Periode: \_\_\_\_\_  nein  ja

**Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten**

Die Praxis darf die Befunde (inklusive Bildmaterial) der angeforderten Untersuchungen an die behandelnde Ärzte weiterleiten. Die Datenweitergabe erfolgt zum Zwecke meiner Weiterbehandlung.  nein  ja

Die Praxis darf die Befunde (inklusive Bildmaterial) vorheriger Untersuchungen durch den behandelnden Arzt und/oder andere Ärzte bzw. Leistungserbringer anfordern. Diese Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung in die Übermittlung meiner Daten dient allein dem Zwecke der Befundung.  nein  ja

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich habe das Merkblatt „Praxisinformation Datenschutz“ im Wartebereich der Praxis zur Kenntnis genommen.  nein  ja

**Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt und bin mit der Untersuchung einverstanden.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

*(Bei Patienten unter 18 Jahren Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)*

Nähere Erklärungen zur Untersuchung siehe Rückseite.