

Name

Vorname

Geburts-Datum

Merkblatt / Aufklärung **Kernspintomographie (MRT)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hält es für notwendig, dass Sie mittels Kernspintomographie untersucht werden. Hierbei werden die Körperregionen in einem Magnetfeld unter Einsatz von Radiowellen untersucht. Es werden keine Röntgenstrahlen verwendet.

Bei der Kernspintomographie entstehen sehr laute Klopfgeräusche, weshalb wir Ihnen bei der Untersuchung einen Ohrenschutz geben.

Die Untersuchung im Gerät dauert ca. 20 Minuten. Während dieser Zeit müssen Sie still und unbeweglich liegen. Die Bildbearbeitung und Bildauswertung erfolgt im Anschluss und benötigt einige Zeit. Die Bilder und der Befundbericht liegen für Sie in der Regel am nächsten Tag zur Abholung bereit und Sie können die Unterlagen zu Ihrem weiterbehandelnden Arzt dann mitnehmen.

Gelegentlich kann es notwendig sein, Ihnen ein Kontrastmittel intravenös zu injizieren. Die Organe stellen sich hierdurch klarer dar, so dass erst so eine sichere Diagnose möglich ist.

Im Allgemeinen wird das Kontrastmittel sehr gut vertragen. Gelegentlich kann es jedoch zu vorübergehender Übelkeit, Wärmegefühl, Geschmacksmissempfindungen kommen. In sehr seltenen Fällen gibt es allergische Nebenwirkungen, z. B. Hautrötungen, Jucken, Hautausschlag und Luftnot, die sich allerdings in der Regel wieder zurückbilden. Schwerwiegende allergische Reaktionen im Bereich von Kreislauf, Leber, Nieren oder Nerven, die eine stationäre Behandlung erfordern und zu bleibenden Schäden führen können, sind selten. Um diese Risiken gering zu halten, muss der Arzt folgendes wissen:

Haben Sie schon allergische Reaktionen gegen ein Kontrastmittel / Medikament gehabt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Asthma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie bereits früher mit der MRT untersucht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind durch Operationen oder Verletzungen metallische Fremdkörper in Ihrem Körper eingebracht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Hörgerät?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie ein Innenohrimplantat oder eine Insulinpumpe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist bei Ihnen eine HIV- oder Hepatitis-Infektion bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie weitere Fragen zur MR-Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an den behandelnden Arzt unserer Praxis.

Einverständniserklärung des Patienten:

Ich fühle mich ausreichend informiert und über alternative Untersuchungsmethoden aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein. Ja

Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden. Ja

Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.

Datum Unterschrift des Patienten (bzw. des / der Sorgeberechtigten)

Untersuchende(r) Arzt / Ärztin:

Rechtfertigende Indikation erteilt: Ja Nein

Ärztliche Vermerke:

Datum Unterschrift des Arztes /der Ärztin