

Name		Vorname		
PLZ	Ort	Straße / Hausnummer		
Telefon	Geburtsdatum	Körpergewicht in kg	Körpergröße in cm	Kreatinin
Krankenkasse (Name)	<input type="checkbox"/> Gesetzl. <input type="checkbox"/> Privat			

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Hatten Sie Krebs? Wurden sie operiert?

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,** dieses Informationsblatt soll Sie über die vorgesehene Untersuchung informieren.

### Was ist ein Kernspintomograph?

Die vorne und hinten offene Röhre eines Kernspintomographen enthält eine große elektromagnetische Spule, die ein starkes Magnetfeld erzeugt. Aufgrund der magnetischen Wechselwirkungen der Wasserstoffteilchen der verschiedenen Gewebe können, nach einer Anregung dieser Teilchen mit Hilfe von Radiofrequenzwellen, Bilder erzeugt werden. Das Magnetfeld sowie die elektromagnetischen Radiowellen sind unbedenklich.

### Was muss vor Untersuchungsbeginn beachtet werden?

**Patienten mit einem Herzschrittmacher, mit Ausnahme von MRT-fähigen Schrittmachern, dürfen generell nicht in einem Kernspintomographen untersucht werden, da dies Fehlfunktionen des Schrittmachers verursachen könnte.**

Manche Patienten mit eisenhaltigen Implantaten oder Verletzungen durch Metallsplitter sollten ebenfalls nicht untersucht werden. Implantate, wie z.B. Gelenkprothesen sind unbedenklich.

Im Bereich von Tätowierungen oder Permanent-Make-Up kann es je nach zu untersuchender Körperregion zu Erwärmungen bis zu Verbrennungen kommen.

**Hörgeräte und Piercings sowie Schmerz/Nikotinpflaster und ggf. Krankenhausbänder müssen vor der Untersuchung entfernt werden.**

Damit Ihre persönlichen Wertgegenstände nicht vom Magnetfeld beeinträchtigt werden (eine EC-Karte wäre nicht mehr lesbar) und das Magnetfeld nicht gestört wird, müssen alle metallhaltigen Gegenstände abgelegt werden. In der Röhre befindet sich Licht, eine Kamera sowie ein Mikrofon, damit wir Sie jederzeit sehen und hören können.

Einigen Patienten ist das Liegen in der engen Röhre unangenehm; gegen diese Platzangst kann ein Beruhigungsmittel verabreicht werden. Beachten Sie bitte, dass Ihre Aufmerksamkeit durch das Mittel beeinträchtigt sein kann, so dass Sie nicht mehr Auto fahren dürfen.

Für dringende Notfälle bekommen Sie eine Notklingel in die Hand, nach Betätigung derselben werden Sie sofort aus der Röhre geholt.

### Risiken einer eventuellen Kontrastmitteluntersuchung

In der Regel verläuft die Kernspintomographie ohne erkennbares Risiko. An Nebenwirkungen und Komplikationen nach venöser Kontrastmittelgabe können auftreten:

- **selten** (0,01% - 0,1%): Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag und ähnliche leichte allergische Reaktionen. Sie klingen in den meisten Fällen von selbst ab und bedürfen keiner weiteren Behandlung.
- **sehr selten** (< 0,01%): schwerwiegende allergische Reaktionen mit Kreislaufschock, Herzversagen, Atemstillstand. Sie erfordern eine stationäre Behandlung und können zu bleibenden Schäden führen.
- **sehr selten** (< 0,001%): sog. nephrogene systemische Fibrose (NSF) mit Vernarbungen der Haut und inneren Organe bis zum Organversagen und Tod bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz; nicht sicher auszuschließen bei mittelgradiger Nierenfunktionsstörung.
- **sehr selten** (< 0,01%): Haut-, Weichteil- und Nervenschäden an der Stelle, an der das Kontrastmittel injiziert wurde; sie bilden sich meist von selbst wieder zurück. Extrem selten kann es jedoch zu Komplikationen wie z.B. einem Spritzenabszess oder zu einem Absterben von Gewebe (Nekrose) infolge eines Entweichens von Kontrastmittelflüssigkeit aus einer Vene in das umliegende Gewebe kommen, die eine medikamentöse oder operative Behandlung erfordern.

Melden Sie bitte dem medizinisch-technischen Assistenzpersonal, wenn Sie während der Untersuchung etwas Außergewöhnliches an sich bemerken (z. B. Niesreiz, Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit).

**Was soll ich tun?**

Für eine kernspintomographische Untersuchung ist es besonders wichtig, dass Sie sich während der Messungen nicht bewegen. Sie sollten bequem, aber ganz still liegen und möglichst gleichmäßig atmen.

**Was kann ich auf den Bildern erkennen?**

Ein Kernspintomogramm ist ein Schnittbild des Körpers. Unterschiedliche Gewebe wie z.B. Blut und Muskeln erscheinen unterschiedlich hell. Mit speziellen Untersuchungstechniken kann der Gefäßverlauf z.B. der großen Körperschlagader dreidimensional dargestellt werden.

**Was der Arzt wissen muss,**

damit er Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und persönliche Risiken besser einschätzen kann:

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kernspintomographie durchgeführt? Wo? Wann? Bilder bitte mitbringen!	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gab es Komplikationen? Wenn ja welche:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie eine Kontrastmittelallergie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie eine Insulin-/Schmerzpumpe?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie ein Ohrimplantat/Hörgerät?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie ein Gebiss?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Tragen Sie ein Piercing/Tattoo?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie einen Gefäßstent?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie einen internen Shunt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie chirurgisch/orthopädische Implantate (z.B. Schrauben)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie ein Schmerzpflaster/Nikotinpflaster?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Metallsplitter/Schrotkugeln (Kriegs-/Arbeitsverletzung) oder eine Prothese?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wurden Sie am Gehirn operiert (Aneurysma)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie einen Allergiepass? Wenn ja, legen Sie ihn bitte bei der Anmeldung vor.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie eine Nierenerkrankung oder wurden Sie an der Niere operiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter Platzangst?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Leber- oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Frauen: Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Frauen: Tragen Sie eine Kupferspirale?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Männer: Tragen Sie eine Penisprothese?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

**Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten zur Kernspintomographie (MRT)**

Über die geplante Untersuchung wurde ich ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, spezifischen Nebenwirkungen des Kontrastmittels sowie über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken, stellen. Alternativen wurden erläutert. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung mit eventueller Kontrastmittelgabe ein.  Ich habe eine Kopie dieses Aufklärungsbogens erhalten

Datum
  Ort
  Unterschrift Patient/in

**Anmerkungen bei geplanter Kontrastmittelgabe**

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, spezifische Nebenwirkungen der Untersuchung und der Medikamente, Alternativen)

Die vorgeschlagene Untersuchung wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde informiert.

Datum
  Unterschrift Ärztin/Arzt/TM