



Aufklärungsbogen Kernspintomographie-Untersuchungen

Patientenname: Geburtsdatum:

Untersuchung:

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

Bei Ihnen bzw. bei Ihrem Kind ist die Durchführung einer sogenannten **Kernspintomographie (MRT, NMR)** von Ihren behandelnden Ärzten vorgeschlagen worden. Zweck dieser Untersuchung ist ggf. der Ausschluss, die Feststellung bzw. die Verlaufsbeurteilung verschiedener Erkrankungen.

Die Kernspintomographie erzeugt Bilder des Körpers bzw. verschiedener Körperregionen **ohne Anwendung von Röntgenstrahlen**. Es werden hierbei Radiowellen in einem Magnetfeld erzeugt. Zusätzlich misst das Gerät die vom Körper zurückgesandten Echosignale. Computergestützt erfolgt dann die Auswertung der Signale und Umsetzung in Bilder. Einer der wesentlichen Vorteile dieser Untersuchungsmethode ist der herausragende Weichteilkontrast. In Abhängigkeit von der Körperregion bzw. Fragestellung existieren unterschiedliche Untersuchungsmöglichkeiten: In der Regel werden Sie - zumindest zum Teil – in einen röhrenförmigen Magneten gelegt. Z.B. bei Knie- und Schulteruntersuchungen wird um das entsprechende Gelenk eine zusätzliche kleine Spule angebracht. In der Regel dauert die Untersuchung ca. 20 bis 40 Minuten, dabei hören Sie Klopfgeräusche. Ggf. werden Ihnen vom Assistenzpersonal Atemanweisungen gegeben. Während der gesamten Untersuchung können Sie sich selbst über eine Klingel bemerkbar machen. Bei den in medizinischen Geräten verwendeten Magnetfeldstärken sind bislang keine schädigenden Wirkungen aufgetreten.

Während der gesamten Untersuchung werden Sie von dem Personal überwacht.

In Abhängigkeit von der Untersuchungsregion bzw. der Fragestellung wird Ihnen ggf. ein sogenanntes **Kontrastmittel** in die Vene injiziert. Sie erhalten hierfür eine kleine Spritze, oder Venenverweilkanüle, vorzugsweise im Bereich der Ellenbeuge bzw. am Unterarm, ähnlich einer normalen Blutentnahme. Die Gabe des Kontrastmittels verbessert in bestimmten Fällen die diagnostische Aussage der angefertigten Bilder erheblich. Das Kontrastmittel ist gadoliniumhaltig. In seltenen Fällen können leichte **Unverträglichkeitsreaktionen** wie Hustenreiz, Niesen, Hautjucken, Quaddelbildung etc. auftreten. Bitte informieren Sie das Personal über bereits stattgehabte Kontrastmittelgaben oder gar ggf. bekannte **Kontrastmittelunverträglichkeiten**

bzw. **Allergie gegen gadoliniumhaltige Substanzen** oder Vorliegen einer Neigung zu allergischen Reaktionen.

Ausgeprägte **Unverträglichkeitsreaktionen** mit Kreislaufversagen oder allergischen Schockreaktionen sowie bleibenden Organschäden sind sehr selten. Übelkeit und ggf. Erbrechen kann nach Kontrastmittelgabe gelegentlich vorkommen. Sehr selten kommt es durch die Kontrastmittelinjektion zu **Entzündungen** oder bei Einreißen der Vene zu **bleibenden Schäden an Weichteil- und Nervengewebe bzw. der Haut**. Extrem selten kann es bei Patienten mit gestörter Nieren- oder Leberfunktion zu einer schwerwiegenden, nicht behandelbaren **Bindegewebserkrankung** (nephrogene systemische Fibrose; NSF) durch das MRT-Kontrastmittel Gadolinium kommen.

Sollten Sie während oder nach der Untersuchung o.g. Veränderungen an sich bemerken, informieren Sie bitte das Assistenzpersonal unverzüglich.

Bitte beachten Sie, dass Sie metallische Gegenstände wie Uhren, Brillen, Ohringe, Scheckkarten mit Magnetstreifen, metallene Kleidungsstücke, Münzen, Haarspangen, Kugelschreiber, Schlüsselbund, losen Zahnersatz, Hörgeräte o.a. in der Umkleidekabine lassen! An Make-up, Tätowierungen oder metallischen Hautfarbstoffen kann es zu Hautreizungen kommen. Bei ausgeprägten Tätowierungen teilen Sie dies bitte dem Personal mit.

Bestimmte Personen dürfen nicht bzw. sollten nicht mit dem Kernspintomographien (MRT) untersucht werden.

Bitte beantworten Sie vor der Untersuchung folgende Fragen:

1. Tragen Sie eine(n) **Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe, Hörgerät, Insulin- oder Schmerzpumpe o.a.?** Ja () Nein ()
2. Haben Sie **Metallteile** im Körper? (Spirale, Piercing, Gefäßclips, Granatsplitter, Prothesen etc.) Ja () Nein ()
3. Sind **Operationen** an **Herz** oder **Kopf** durchgeführt worden? Ja () Nein ()
4. Besteht bei Ihnen eine **Nierenerkrankung? Dialysepflicht?** Ja () Nein ()
5. Besteht bei Ihnen eine **Lebererkrankung?** Ja () Nein ()
6. Leiden Sie unter „**Grüner Star**“ (Augenerkrankung)? Ja () Nein ()
7. Waren bei Ihnen nach früheren Kernspinuntersuchungen mit Kontrastmittel bereits o.g. oder ähnliche Beschwerden aufgetreten? Ja () Nein ()
8. Ist bei Ihnen bereits eine **Kontrastmittelunverträglichkeitsreaktion** bekannt? Ja () Nein ()
9. Sind **andersartige Unverträglichkeitsreaktionen** gegen bestimmte Nahrungsmittel, Medikamente oder Pflaster etc. bekannt? Ja () Nein ()
Welche Unverträglichkeiten?.....
.....
10. Neigen Sie zu **Asthma oder Heuschnupfen?** Ja () Nein ()

11. Ist eine **Schwangerschaft** ausgeschlossen? Ja () Nein ()

Stillen Sie? Ja () Nein ()

12. Leiden Sie an **Stoffwechselerkrankungen** wie z.B. **Zuckerkrankheit** oder andersartigen Erkrankungen an **Herz-/Kreislauforganen**, **Nierenleiden, bösartigen Erkrankungen** o.ä.? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche Erkrankungen?
.....
.....

13. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Ja () Nein ()

Welche?.....
.....

Ihr **Körpergewicht**:.....kg Ihre **Körpergröße**:.....cm

Neben der **Kernspintomographie** existieren noch weitere bildgebende Verfahren **ohne Anwendung von Röntgenstrahlen** wie **Sonographie (Ultraschalluntersuchung)** oder **mit Anwendung von Röntgenstrahlen, wie z.B. die Computertomographie (CT)**, die ggf. alternativ oder ergänzend zur Anwendung kommen. Weitere Bildgebung ist über **endoskopische Untersuchung** (z.B. Darmspiegelung) möglich. Je nach Fragestellung haben alle bildgebenden Verfahren Vor- und Nachteile in der Anwendbarkeit und der diagnostischen Genauigkeit etc. **Nutzen** und **Risiken** der gewählten Untersuchungsmethode müssen wie immer gegeneinander abgewogen werden. **Bei schwangeren Patientinnen besteht ein erhöhtes Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes.** Für Ihren Fall hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen eine **Kernspintomographie** vorgeschlagen. Weitere Fragen Ihrerseits hierzu werden gern mit Ihnen besprochen.

Vermerke:
.....
.....
.....

Ich habe das Informationsblatt verstanden, fühle mich ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen. **In die oben genannte Untersuchung willige ich hiermit inklusive eventueller Kontrastmittelgabe ein.**

Eine Kopie dieser Aufklärung wird Ihnen ausgehändigt.

.....
Datum, Ort
.....
Unterschrift Patient bzw. Sorgeberechtigter/gesetzlicher Vertreter