



Name, Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Einverständniserklärung zu einer Magnetresonanztomographie (MRT, Kernspintomographie) mit Kontrastmittel

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie kommen zu einer MRT-Untersuchung in unsere Praxis. Dieses Verfahren benötigt keine Röntgenstrahlen und wird wegen seiner besonderen Aussagekraft zunehmend eingesetzt. Möglicherweise werden Sie zum ersten Mal mit dieser Methode untersucht und sind vielleicht in Sorge. Zu Ihrer persönlichen Information und Sicherheit lesen Sie daher bitte den folgenden Text, beantworten Sie alle Fragen sorgfältig und unterschreiben Sie auf der zweiten Seite.

Wie werden Sie untersucht?

Die Untersuchung erfolgt in einem großen Magneten und benutzt eine Art von Radiowellen anstelle von Röntgenstrahlen. Um mit dem sehr empfindlichen Kernspintomographen die bestmöglichen Aufnahmen Ihres Körpers machen zu können, müssen wir von außen kommende, störende Strahlung abschirmen; daher wird der Raum während der Untersuchung verschlossen gehalten. Sie können sich jederzeit durch einen Handschalter bemerkbar machen. Außerdem sehen wir Sie vom Bedienungsraum aus.

Wie lange dauert die Untersuchung?

Eine Untersuchung dauert, je nach Organ und Fragestellung, meistens nicht länger als etwa **30 Minuten**.

Ist die Untersuchung unangenehm?

Während der Aufnahmeserien („Messungen“) erzeugen die Magnetspulen laute Geräusche, die zwischen wenigen Sekunden und bis zu über 10 Minuten dauern können. Mal hören Sie ein heftiges rhythmisches Pochen, mal klingt es wie ein schnelles Rattern. Diese verschiedenen **Geräusche sind normal** und unvermeidlich.

Bei einem Teil der Untersuchungen wird ein **MR-Kontrastmittel** benötigt, das während der Untersuchung über eine Armvene zugeführt oder vorher getrunken wird. Das MR-Kontrastmittel wird außerordentlich gut vertragen, Nebenwirkungen sind noch seltener als bei Röntgen-Kontrastmitteln.

Wie können Sie selbst zum Gelingen der Untersuchung beitragen?

Ihre Mitarbeit ist für das Gelingen der Untersuchung sehr wichtig. In den meisten Fällen reicht es aus, dass Sie sich während der Aufnahmeserien **nicht bewegen und gleichmäßig und ruhig atmen**. Einen Husten- oder Niesreiz sollten Sie nach Möglichkeit unterdrücken. Nur wenige Fragestellungen machen Aufnahmen in kurzem Atemstillstand erforderlich, die wir vorher mit Ihnen einüben.

Was müssen Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit beachten?

Die Untersuchung im Kernspintomographen ist für Sie völlig ungefährlich, wenn Sie die folgenden Sicherheitsmaßnahmen beachten:

Sie dürfen keine metallischen oder magnetischen Gegenstände in den Untersuchungsraum mitnehmen!
Achtung! Magnetstreifenkarten oder andere Magnetspeichermedien werden gelöscht, Uhrwerke können beschädigt werden. Außerdem könnten Sie sich selbst oder andere Personen durch metallische Gegenstände verletzen, die vom Magneten angezogen werden.

Bitte ziehen Sie sich in der Kabine bis auf die Unterwäsche aus! Sie können gerne bereitliegende Untersuchungskittel benutzen.

Achtung! Ihre Unterkleidung darf ebenfalls **kein Metall** enthalten.

Radiologie / Neuroradiologie

Dr. med. Ulrich von Smekal

Dr. med. Ulrich Hirschfeld

Dr. med. Matthias Hackenbroch

Friedrich Meyer

Dr. med. Thomas Bartz

Nuklearmedizin

Dr. med. Hanno Blasberg

Dr. med. Ali Al-Shiblak

MRT (Kernspintomographie)

MR- Mammographie

Kardio-MRT

Ganzkörper-MRT

Prostata-MRT

CT (Computertomographie)

Ultra low-dose-CT

Kardio-CT

CT-gesteuerte Schmerztherapie (PRT)

Röntgendiagnostik

Digitale Radiographie

Digitale Mammographie

Ultraschalldiagnostik

Mammasonographie

Nuklearmedizin

Schilddrüse, Nieren, Knochen

DAT-Scan

Myokardszintigraphie





Name, Vorname, Geb.-datum: _____

Einverständniserklärung zu einer Magnetresonanztomographie (MRT, Kernspintomographie) mit Kontrastmittel

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

Ich bin am Herzen operiert / behandelt worden (z. B. Herzklappe, Bypass, Stent)

nein ja, nämlich: _____

Ich bin am Kopf operiert worden

nein ja, nämlich: _____

Ich bin an der Wirbelsäule operiert worden

nein ja, nämlich: _____

Ich trage folgende Fremdkörper in bzw. an meinem Körper

Herzschrittmacher, Defibrillator nein ja, nämlich: _____

Medikamentenpumpe nein ja, nämlich: _____

Tiefe Hirnstimulation („Hirnschrittmacher“) nein ja, nämlich: _____

Innenohrimplantat (cochlear implant) nein ja, nämlich: _____

Hörgerät nein ja, nämlich: _____

Gelenkprothesen, Knochennägel nein ja, nämlich: _____

Hormonspirale nein ja, nämlich: _____

Metallsplitter nein ja, nämlich: _____

Zahnersatz, Zahnimplantate nein ja, nämlich: _____

Piercing, Tätowierung nein ja, nämlich: _____

Bei mir besteht eine Überempfindlichkeit auf MR-Kontrastmittel oder Medikamente

nein ja, nämlich: _____

Bei mir besteht eine Nierenerkrankung

nein ja, nämlich: _____

Meine Nierenfunktion ist eingeschränkt

nein ja weiß ich nicht

Bei mir besteht eine Schwangerschaft

nein ja weiß ich nicht

Wenn Sie eine oder mehrere der vorstehenden Fragen nicht mit "NEIN" beantwortet haben, oder wenn Sie keine Antwort geben können, kann die kernspintomographische Untersuchung möglicherweise nicht oder nur ohne Kontrastmittel durchgeführt werden. Für Rückfragen stehen Ihnen unser Personal und die Ärzte gerne zur Verfügung.

Einverständniserklärung: „Ich habe das Informationsblatt gelesen und alles verstanden. Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet und weiß, dass falsche Angaben oder unvollständige Angaben eine akute Gefährdung für mich darstellen können. Ich habe keine weiteren Fragen und bitte um die kernspintomographische Untersuchung, erforderlichenfalls auch mit Kontrastmittel.“

Euskirchen, den _____
(Datum/Uhrzeit)

Unterschrift(en) Patient bzw. Sorgeberechtigte

Unterschrift aufklärende Person bzw. Arzt

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ggf. Unterschrift Zeuge/Dolmetscher

Die Aushändigung dieses Aufklärungsbogens nach der Untersuchung steht Ihnen zu, bitte sprechen Sie uns an.

