

## Aufklärungsbogen MRT

### Was ist Magnetresonanztomographie?

Die MRT oder auch Kernspintomographie ist ein Untersuchungsverfahren, bei dem Serien von Schnittbildern des menschlichen Körpers erzeugt werden.

Dadurch sind Organe und deren krankhafte Veränderungen beurteilbar.

Dabei wird schonend mit Magnetfeldern und Radiowellen gearbeitet und keine Röntgen- oder andere ionisierende Strahlung genutzt.

### Vor der Untersuchung

Untersuchungen bei Patienten mit Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Cochleaimplantaten sind häufig nicht bzw. nur unter strengen Voraussetzungen möglich, da das Magnetfeld Einfluss auf diese medizinischen Hilfsmittel nehmen kann.

Bei künstlichen Herzklappen, Aneurysmaclips oder -spiralen benötigen wir die Herstellerinformationen zur MRT-Tauglichkeit.

Es wird empfohlen die Position der Kupferspirale zur Schwangerschaftsverhütung nach der MRT-Untersuchung durch einen Gynäkologen kontrollieren zu lassen.

Wichtig ist, dass Sie alle metallhaltigen Gegenstände ablegen (Gürtel, BHs, Schmuck, Piercings, Hörgeräte, Zahn- oder Haarspangen).

Mobiltelefone, Bankkarten o.ä. müssen in der Umkleide verbleiben, da diese sonst Schaden nehmen können.

### Während der Untersuchung

Zu Beginn Ihrer MRT-Untersuchung werden Sie bequem gelagert. Gern können Sie die Augen schließen. Die Untersuchungsliege fährt in den kurzen, an beiden Enden offenen Tunnel. Frischluft wird während der gesamten Zeit zugeführt. Während der Untersuchung können Sie sich jederzeit mit einer Klingel bemerkbar machen.

Die Messung dauert je nach Körperregion 15-30 Minuten. Währenddessen erzeugt das Gerät verschiedene Klopfgeräusche. Sie bekommen einen Gehörschutz, mit dem die Geräusche gut auszuhalten sind.

Sollten Sie zu sehr großer Nervosität oder Angst neigen, gibt es die Möglichkeit ein Beruhigungsmittel zu verabreichen. In diesem Fall dürfen Sie 12 Stunden nach der Verabreichung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, Maschinen bedienen oder Arbeiten, da Ihre Reaktionszeit in dieser Zeit erheblich vermindert ist. Sie müssen sich von einer Begleitperson abholen lassen und bei Bedarf eine entsprechende Krankschreibung vom Hausarzt besorgen.



Praxis für Radiologie  
Dr. Hothan

### Risiken und Komplikationen

Um bestmöglichen Ergebnisse zu erzielen, ist es wichtig, dass Sie während der Untersuchung still liegen bleiben.

Das Magnetfeld und die Radiowellen des Gerätes belasten nach derzeitigen Erkenntnissen den Organismus nicht. Die MRT-Untersuchung selbst ist schmerzlos.

Metallische Bestandteile in v.a. älteren Tätowierungen können zu Hautreizungen führen. Um lagebedingte mögliche Überwärmungen oder leichte Verbrennungen zu verhindern, verändern Sie nicht selbstständig Ihre Position.

### Kontrastmittel

Bei bestimmten Fragestellungen ist die Gabe eines Kontrastmittels notwendig. Dies wird in der geringstmöglichen Menge, meist über eine Armvene injiziert. Wir verwenden Kontrastmittel der niedrigsten Risikokategorie, welche sicher, gut verträglich, langjährig erprobt sind und nur in sehr seltenen Fällen allergische Reaktionen hervorrufen können.

Im Zuge der Kontrastmittelgabe kann es zu Ablagerungen in verschiedenen Organen kommen, einschließlich des Gehirns. Nach gegenwärtigem Wissensstand verursachen dies Ablagerungen keine Beschwerden oder Krankheiten.

An der Injektionsstelle können Blutergüsse, ein Einstichschmerz und kleine lokale Hautentzündungen entstehen.

Bei Patienten mit vorhandener schwerer Nierenerkrankung bzw. nach einer Lebertransplantation kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Erkrankung kommen (Nephrogene Systemische Fibrose, FSI), die mit einer schwer behandelbaren Bindegewebserkrankung der Haut einhergeht und zu einer Einschränkung der Beweglichkeit bis hin zur Gelenksteife führen kann. Auch Organe können im Verlauf der FSI geschädigt werden.

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

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Ihr Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Wir bitten Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten:**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator?  Ja  Nein

*Falls Ja, informieren Sie uns bitte direkt und betreten Sie nicht das MRT!*

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?  Ja  Nein

*Falls Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Klaustrophobie (Angst in engen Räumen)?  Ja  Nein

Sind bei Ihnen Allergien, Asthma o.Ä. bekannt?  Ja  Nein

*Falls Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bereits unerwünschte Nebenwirkungen bei Kontrastmittelgabe auf?  Ja  Nein

Haben Sie metallhaltige Fremdkörper im oder am Körper? (z.B. Clips, Metallsplitter, Stents, Implantate, Pumpe, Tätowierung, Piercing, Kupferspirale, Eventrecorder)  Ja  Nein

*Falls Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?  Ja  Nein

*Falls Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? (z.B. Hepatitis, HIV)  Ja  Nein

*Falls Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal in der heute zu untersuchenden Region operiert worden?  Ja  Nein

*Falls Ja, wann und was?* \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Stillen Sie?  Ja  Nein

Sind Sie mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden?  Ja  Nein

**Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich bin ausreichend informiert und willige in die vorgesehene Untersuchung ein.**

\_\_\_\_\_  
Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Patient** bzw. gesetzl. Vertreter

**Datenschutzerklärung:**

Ich erkläre mich einverstanden, ...

dass erforderliche Befunde und Berichte durch uns angefordert werden dürfen.  Ja  Nein

mit der Übermittlung von Daten an mich weiterbehandelnde Ärzte ohne Überweisung.  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Patient** bzw. gesetzl. Vertreter

Sie können diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen. Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich und richten uns nach geltenden Bestimmungen des Datenschutzes. Die *Patienteninformationen zum Datenschutz* sind im Wartebereich unserer Praxis ausgelegt sowie unter [www.praxis-radiologie-dresden.de](http://www.praxis-radiologie-dresden.de) einsehbar.

**Anmerkungen zur Aufklärung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Arzt**