



## AUFKLÄRUNGSBOGEN MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT)



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind zu einer Magnetresonanztomographie überwiesen worden. Die Untersuchung erfolgt ohne Röntgenstrahlen. Stattdessen wird die Wechselwirkung eines Magnetfeldes mit Radiowellen genutzt. Dies ist weder sichtbar noch spürbar. Es wird lediglich das Schalten des Magnetfeldes als lautes Klopfen gehört. Schädliche Nebenwirkungen sind nicht bekannt. **Einige Vorsichtsmaßnahmen sind jedoch zu beachten:**

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**, eine **Insulinpumpe**, ein **Cochleaimplantat**, einen **Ventrikelschrittmacher** oder einen **Neurostimulator**?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Falls Sie diese Fragen mit **Ja** beantworten, dürfen Sie leider **nicht** untersucht werden.

Haben Sie **Metallteile** im Körper (z. B. Metallsplitter, künstliche Herzklappen, Aneurysma Granat-Clips, Prothesen, Platten, Schrauben, Hirngefäßclips)?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie Anfallsleiden oder eine schwere Allgemeinerkrankung (schweres Herz-, Lungen-, Stoffwechselleiden)?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie an einem grünen Star (Glaukom) erkrankt?

Ja  Nein

Haben Sie entfernbar Implantate/ Prothesen oder störende Gegenstände auf der Haut (Hörgeräte, Zahnersatz, Brücken, Piercings)?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Bitte vor der Untersuchung entfernen – soweit möglich – und in der Kabine ablegen.

Haben Sie Tattoos oder Permanent-Make up?

Ja  Nein

Leiden Sie unter Platzangst?

Ja  Nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

Bitte geben Sie Ihr Gewicht und Ihre Körperlänge an:

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Länge: \_\_\_\_\_ m

Bitte  
auch die  
Rückseite ausfüllen!

Wurden Sie schon einmal an der interessierenden Region kernspintomographisch untersucht ?

Ja und zwar im Jahr \_\_\_\_\_

Nein

Sind Sie in der zu untersuchenden Region operiert worden?

Ja und zwar im Jahr \_\_\_\_\_ bei wem \_\_\_\_\_

Nein

### Kontrastmittelgabe (KM)

Je nach klinischer Fragestellung kann eine Kontrastmittelgabe über eine Armvene nötig werden. Das Kontrastmittel für diese Untersuchung enthält kein Jod (im Unterschied zu Röntgenuntersuchungen). Das Risiko einer allergischen Reaktion ist somit extrem niedrig.

Haben Sie eine schwere Erkrankung der Nieren?

Ja

Nein

Wie hoch ist Ihr Kreatininwert? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine schwere Allergie (z. B. mit starker Atemnot, Herz- und Lungenversagen, starkem Haut- bzw. Gesichtsausschlag) schon einmal aufgetreten?

Ja

Nein

Leiden Sie an einer chronischen Infektion wie Hepatitis, HIV, usw.?

Ja und zwar \_\_\_\_\_

Nein

### Untersuchung und Untersuchungsdauer

Legen Sie bitte vor der Untersuchung in Ihrer Kabine alle Kleidungsstücke mit metallischen Gegenständen (z. B. Gürtel, Reißverschlüsse) ab. Lassen Sie ferner Schlüssel, Uhren, Haarklammern, Zahnprothesen, Münzgeld, Kugelschreiber, usw. in der Kabine liegen. Dies gilt auch für Kredit- und Telefonkarten (diese werden ansonsten durch das Magnetfeld gelöscht). Die Untersuchungsdauer beträgt in der Regel ca. 20 Minuten.

**Falls Sie diese Ausführungen nicht verstanden haben oder zusätzliche Auskünfte wünschen, sprechen Sie uns bitte an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.**

### Einverständniserklärung

Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Mit der Untersuchung zu den oben genannten Bedingungen bin ich einverstanden und willige hiermit in die Durchführung der MRT-Untersuchung ein.

Ich bin damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin Alzey meine Befund- und/oder Bilddaten an mich behandelnde Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, bei Anfrage und Erfordernis, weiterleiten darf. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Alzey, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)/betreuende Person

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

\_\_\_\_\_  
**Name des Patienten** (bitte in Druckbuchstaben)