

Information und Einwilligung zur Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

Patient:

ambulant

Größe:

stationär

Gewicht:

MRT:

Kürzel: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Magnetresonanztomographie (MRT, Kernspintomographie) soll krankhafte Veränderungen für den Arzt sichtbar machen. An Stelle von Röntgenstrahlen werden zur Darstellung Ihres Körpers Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Damit sind Informationen zu erhalten, die mit anderen Methoden nicht zu gewinnen sind.

MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN

Schädigende Wirkungen sind derzeit nicht bekannt. Ein bestimmter Personenkreis kann jedoch mit dieser Methode nicht untersucht werden. Falls Sie keine metallischen Gegenstände in ihrem Körper tragen ist diese Untersuchung ungefährlich, allerdings dürfen Patienten mit **Herzschrittmacher** nicht untersucht werden. Bitte teilen Sie uns mit, ob sich metallische Gegenstände in ihrem Körper befinden, indem Sie die zutreffenden Kästchen ankreuzen:

Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers/ Defibrillators?

NEIN

JA

Sind in Ihrem Körper Metallteile (z. B. Metallprothesen,

Metallclips, Granatsplitter, Insulinpumpen, Zytostatikapumpen,

Spirale, Hörgerät, Tätowierungen, Piercings)? _____

Leiden Sie unter Platzangst?

Tragen Sie zur Zeit ein Langzeit EKG oder Blutdruckgerät?

Leiden Sie an einer Allergie (Unverträglichkeit) gegen

Röntgenkontrastmittel, Medikamente, Nahrungsmittel oder

andere Stoffe (welche)? _____

Haben Sie bei einer früheren Kontrastmittelinjektion eine

Unverträglichkeit erlebt (gegebenenfalls welche)? _____

Leiden Sie unter Schwerhörigkeit oder unter Ohrgeräuschen?

Besteht eine Nierenerkrankung (Niereninsuffizienz)?

Für weibliche Patienten: Könnten Sie schwanger sein?

Bitte wenden

UNTERSUCHUNGSABLAUF

Die Untersuchung dauert ca. 20 bis 30 Minuten. Sie liegen hierzu auf einer Liege und werden in die Öffnung eines Magneten gefahren. Während der Aufnahmen entsteht ein sehr lautes Klopfgeräusch, welches normal ist.

ACHTUNG

Bitte lassen Sie Uhren, Wertsachen, Schmuck, Kugelschreiber, Scheckkarten mit Magnetstreifen, Haarklammern und **alle** anderen Metallteile in der Umkleidekabine. Der Untersuchungsraum darf damit nicht betreten werden.

KONTRASTMITTELGABE

Bei dem eventuell notwendigen Kontrastmittel handelt es sich um Gadolinium, ein speziell für die Kernspintomographie entwickeltes Kontrastmittel. Bisher sind keine Gegenanzeigen für die Anwendung bekannt. Sehr selten wurden leichte Nebenwirkungen wie kurzfristige, lokale Wärme bzw. Schmerzgefühle beschrieben. Bei rascher Injektion können in manchen Fällen Geschmackssensationen auftreten. Sehr selten können allergische Reaktionen eintreten, extrem selten bis zu einem anaphylaktischen Schock. Wir sind auf solche Situationen vorbereitet. Bei bekannten Nierenproblemen, sind die Nierenwerte unbedingt anzugeben.

Kreatininwert: _____ **Glom. Filt. Rate (MDRD):** _____

Bitte bestätigen Sie mit ihrer Unterschrift, dass Sie sich aufgeklärt fühlen und mit der Untersuchung einverstanden sind.

Ich willige hiermit in die Untersuchung ein.

München, den _____
(Unterschrift des Patienten bzw. des Sorgeberechtigten)

Untersuchungsablauf

Assistentin	<input type="checkbox"/> KM ml	<input type="checkbox"/> Dotarem
Anzahl Sequenzen	<input type="checkbox"/> Prämedikation/Sedierung	<input type="checkbox"/> Konsil
<input type="checkbox"/> Spulen-/Positionswechsel	<input type="checkbox"/> KREA gemessen	<input type="checkbox"/> Bett, Rollstuhl