



Patientenaufklärung zur MRT

Bitte beachten Sie: Bei späterer Abholung von Bildern oder schriftlichen Befunden sind wir verpflichtet, Ihren Ausweis zu prüfen. Bei einer Abholung durch Dritte ist eine schriftliche Vollmacht erforderlich.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Gewicht (kg):

Körpergröße (cm):

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient*,

Sie wurden zur Durchführung einer Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie oder MRT) zu uns überwiesen. Hierbei handelt es sich um ein Untersuchungsverfahren, bei dem ohne Röntgenstrahlung und unter Nutzung eines starken Magnetfeldes sowie eines Sende- und Empfängersystems für Radiowellen Bilder der untersuchten Körperregionen erzeugt werden.

Untersuchungsablauf

Sie liegen während der Untersuchung auf einer speziellen Liege, die langsam in die tunnelförmige Öffnung des Kernspintomographen (Magnetresonanztomograph, MRT) und den Magneten gefahren wird. Hier ist es hell, gut belüftet und der Tunnel ist an beiden Enden offen. Liegen Sie während der Untersuchung ruhig und entspannt. Durch Ihre Mitarbeit kann die Untersuchungsdauer verkürzt und die Qualität der Aufnahmen verbessert werden. Sollten Sie unter starker Klaustrophobie („Platzangst“) leiden, sprechen Sie uns bitte im Vorfeld darauf an.

Während der Untersuchung können wir Sie hören und sehen. Zusätzlich bekommen Sie einen Gummiball in die Hand, der als Klingelknopf funktioniert. Die Untersuchung dauert abhängig von der zu untersuchenden Körperregion und Fragestellung etwa 10-45 Minuten. Während der Untersuchung entstehen relativ laute Klopfgeräusche durch elektromagnetische Schaltungen. Sie erhalten Ohrstöpsel und/oder einen Kopfhörer von uns, um diese Geräusche zu reduzieren. Sprechen Sie uns bitte vor der Untersuchung an, falls Sie unter Tinnitus („Ohrgeräuschen“) leiden, damit wir in diesem Fall besonderen Wert auf eine maximale Reduktion der Geräusche legen können.

* Zur besseren Lesbarkeit sprechen wir Sie an, auch wenn die Untersuchung bspw. bei Ihrem Kind durchgeführt werden soll, und verwenden bei Berufs- oder Personenbezeichnungen teils ausschließlich die maskuline Form.

Metallhaltige Gegenstände

Metallhaltige Gegenstände können die Bildqualität negativ beeinflussen, unter bestimmten Umständen für den Patienten gefährlich sein oder sogar das MRT beschädigen. Sollte durch ein Metallteil im MRT eine Notabschaltung mit Aufhebung des Magnetfelds nötig werden, entstehen sehr hohe Kosten (bis >100.000 EUR), welche bei fahrlässiger Verursachung ggf. von Ihnen zu tragen sind. Elektronische Geräte und Magnetkarten (bspw. EC- oder Kreditkarten) können durch das Magnetfeld beschädigt werden.

Daher müssen alle nicht fest am oder im Körper verbauten metallhaltigen Gegenstände, Magnetkarten und Elektronikartikel vor Betreten des Untersuchungsraums abgelegt werden, bspw. Uhren, Brillen, Schlüssel, Geldbörsen, lose Münzen, Geldkarten, Mobiltelefone, Taschenmesser, Schmuck, Kugelschreiber, Haarspangen, Nadeln in Kopftüchern und Schleiern, metallhaltige Kleidung (Nieten, Druckknöpfe, Reißverschlüsse, BHs mit Metallbügeln oder Metallverschlüssen, eingewobene Metallteile, Gürtel, ...), Hörgeräte, Medikamentenpumpen, Geräte zur EKG- oder Blutdruck-Messung, herausnehmbarer Zahnersatz oder herausnehmbare Zahnspangen sowie Prothesen. Ihre Wertgegenstände können Sie in der Umkleidekabine einschließen.

Im Körper fest verbaute metallhaltige Implantate wie insb. Herzschrittmacher, Geräte zur Nerven- oder tiefen Hirnstimulation, Cochleaimplantate, im Körper verbaute Medikamentenpumpen sowie Metallsplitter können die Durchführung einer MRT unmöglich oder nur unter Berücksichtigung besonderer Vorsichtsmaßnahmen möglich machen. Machen Sie hierzu bitte unten detaillierte Angaben und sprechen Sie uns an, falls Unsicherheiten bestehen.

Make-up und Tätowierungen mit teils metallhaltigen Pigmenten können sich in seltenen Fällen während der Untersuchung erhitzen und zu Hautreizungen bis Verbrennungen führen.

Vermeidung von Risiken

Die Kernspintomographie darf bei einem bestimmten Personenkreis nicht oder nur unter Berücksichtigung besonderer Vorsichtsmaßnahmen durchgeführt werden. Zur Minimierung von Risiken legen Sie uns bitte medizinische Ausweise und Dokumente zu Implantaten o.ä. vor, falls vorhanden, und beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Wurde bei Ihnen bereits eine MRT durchgeführt?	Ja o	Nein o
Falls ja: Wurde bereits eine MRT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt?	Ja o	Nein o
Falls ja: Wann?		

Wurde im Bereich der zu untersuchenden Körperregion operiert?	Ja o	Nein o
Leiden Sie unter Klaustrophobie („Platzangst“)?	Ja o	Nein o

Wurden Sie am Herzen oder am Kopf operiert?	Ja o	Nein o
Tragen Sie am oder im Körper metallisches Fremdmaterial?	Ja o	Nein o
Falls ja: Was genau?		
Metallsplitter (bspw. Granatsplitter)	Ja o	Nein o
Herzschrittmacher / implantierter Defibrillator (ICD)	Ja o	Nein o
Herzklappenersatz	Ja o	Nein o
Gefäßstütze (Stent)	Ja o	Nein o
Gefäßclip (insb. im Kopf)	Ja o	Nein o
Geräte zur Nerven- oder tiefen Hirnstimulation	Ja o	Nein o
Ventrikelschunt (Hirnwasserableitung in den Bauchraum oder das Herz)	Ja o	Nein o
Cochleaimplantat	Ja o	Nein o
Mittelohrprothese	Ja o	Nein o
Hörgerät	Ja o	Nein o
Medikamentenpumpe	Ja o	Nein o
Prothese / Implantat, die magnetisch fixiert werden	Ja o	Nein o
Künstliche Gelenke	Ja o	Nein o
Zahnspange / Zahnersatz	Ja o	Nein o
Piercing, Permanent Make-up oder Tätowierungen	Ja o	Nein o
Intrauterinpeessar („Spirale“)	Ja o	Nein o
Andere metallhaltige Fremdkörper	Ja o	Nein o
Falls ja: Was?		

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?	Unsicher o	Ja o	Nein o
Patientinnen mit kleinen Kindern: Stillen Sie zur Zeit?		Ja o	Nein o

Ggf. Anmerkungen des Arztes:

Patienteninformationsverpflichtung: Dieses Formblatt wird bei uns für 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens auszuhändigen. Wir würden aus Gründen des Umweltschutzes darauf verzichten, wenn Sie dennoch eine Kopie des Aufklärungsbogens benötigen, bitte hier ankreuzen:

Ich benötige eine Kopie ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Ich fühle mich mündlich und schriftlich über Risiken und Nutzen der Untersuchung ausreichend aufgeklärt und hatte ausreichende Bedenkzeit. Offene Fragen habe ich keine.

Datum

Unterschrift Patient,
Erziehungsberechtigter oder
Bevollmächtigter



Zusatzfragebogen zu Beschwerden und Schmerzen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Befunderstellung und besseren Interpretation benötigen wir von Ihnen einige Informationen.
Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig aus.

Was ist ihr aktueller und ggf. früherer Beruf?

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Seit dem ____ o Seit ____ Tagen o Seit ____ Wochen o Seit ____ Jahren o

Wie oft treten diese Beschwerden auf?

Falls Sie Schmerzen haben: Wie stark ist der Schmerz ausgeprägt (Ihre persönliche Einschätzung)?

Kein Schmerz

Schlimmster vorstellbarer
Schmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie haben sich die Beschwerden zuletzt entwickelt?

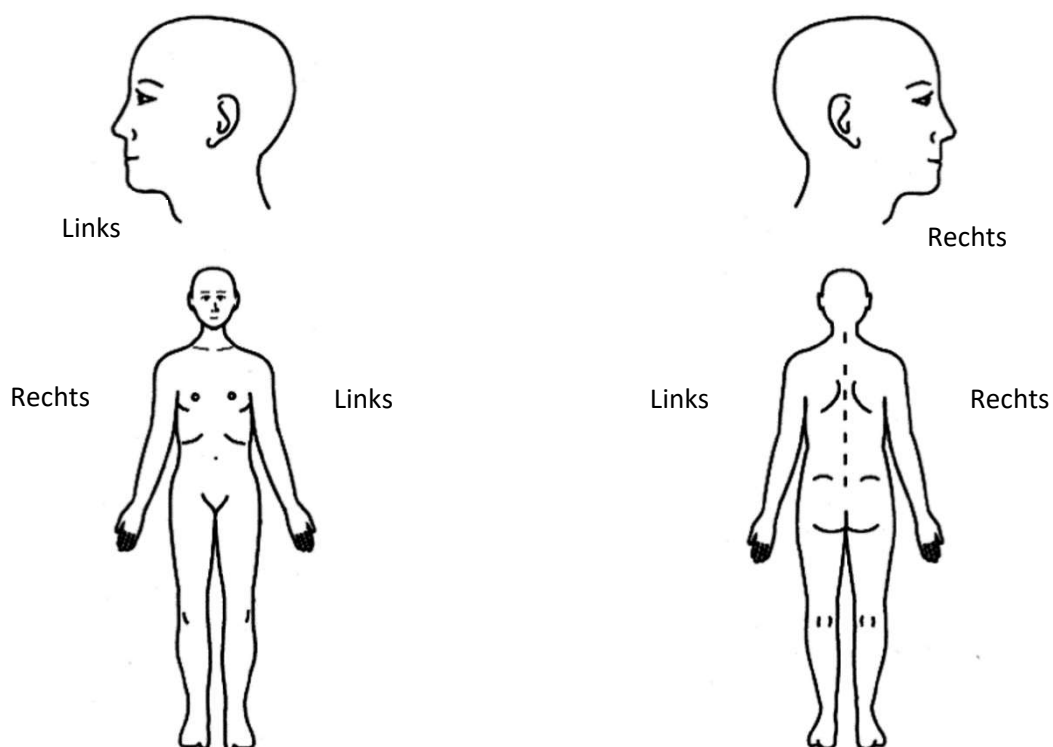
Zunehmend o

Abnehmend o

Gleichbleibend o

Gibt es eine Ursache für die Beschwerden?

Bitte zeichnen Sie in dem folgenden Schema ein, wo in Ihrem Körper die Beschwerden auftreten. Bitte zeichnen Sie ein Kreuz („X“) für umschriebene Beschwerden, einen Kreis („O“) für diffuse Beschwerden und einen Pfeil („?“) für ausstrahlende Schmerzen.



Datum

Unterschrift Patient,
Erziehungsberechtigter oder
Bevollmächtigter