



# Patientenaufklärung MRT mit Kontrastmittel

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 Send- 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 Klopferäusche 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.

## 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.

\* 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.

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.

### **Kontrastmittel**

Bei bestimmten Untersuchungen ist die intravenöse Gabe eines Gadolinium-haltigen Kontrastmittels erforderlich. In seltenen Fällen kann der Arzt auch erst während der Untersuchung entscheiden, ob eine Gabe von Kontrastmittel erforderlich ist.

Die von uns verwendeten Kontrastmittel der neuesten Generation sind allgemein sehr gut verträglich. Sehr selten werden Nebenwirkungen wie allgemeine Unverträglichkeiten oder allergische Reaktionen beobachtet, die meist leicht ausgeprägt sind und sich bspw. durch Übelkeit, Juckreiz, Hautrötungen oder Quaddelbildung bemerkbar machen. Schwere bis schwerste Unverträglichkeiten bis hin zum allergischen Schock sind extrem selten, lassen sich aber nicht vollständig ausschließen. Falls Sie nach der Gabe von Gadolinium-haltigem Kontrastmittel Beschwerden verspüren und insb. Zeichen einer allergischen Reaktion bemerken, sprechen Sie uns bitte umgehend an, damit wir diese abklären und ggf. behandeln können.

Extrem selten kann es durch die Gabe Gadolinium-haltigen Kontrastmitteln zur sog. „nephrogenen systemischen Fibrose“ (NSF) kommen. Bei der NSF handelt es sich um eine schwerwiegende Fibrose der Haut und des Bindegewebes, die bei Befall von Organen bis zum Tode führen kann und vor allem bei Patienten mit schwerster Nieren- und Leberfunktionsstörung nach Gabe von Gadolinium-haltigen Kontrastmitteln ältere Generationen aufgetreten ist. Weltweit waren lediglich einige hundert Patienten betroffen. Bei den von uns verwendeten Gadolinium-haltigen Kontrastmitteln der neuesten Generation ist das Risiko einer dadurch verursachten NSF allenfalls als minimal einzuschätzen. Teilen Sie uns dennoch bitte mit, falls bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt ist.

Ablagerungen von kleinsten Mengen von Kontrastmittelbestandteilen (Gadolinium) in bestimmten Nervenkerengebieten des Gehirns sind bei älteren Gadolinium-haltigen Kontrastmitteln nach häufig wiederholter Anwendung beschrieben worden. Bisher sind keine gesicherten gesundheitlichen Schäden als Folge von diesen Ablagerungen beobachtet worden. Bei den von uns verwendeten Gadolinium-haltigen Kontrastmitteln der neuesten Generation ist das Risiko einer dadurch bedingten Ablagerung auch bei wiederholter Gabe als minimal einzuschätzen.

Bitte schildern Sie kurz Ihre aktuellen Beschwerden, falls vorhanden (hier bitte notieren):

---

---

---

---

### 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 <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Falls ja: Wurde bereits eine MRT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Falls ja: Wann?		

---

Wurde im Bereich der zu untersuchenden Körperregion operiert?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	--------------------------	----------------------------

Leiden Sie unter Klaustrophobie („Platzangst“)?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	--------------------------	----------------------------

Wurden Sie am Herzen oder am Kopf operiert?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	--------------------------	----------------------------

Tragen Sie am oder im Körper metallisches Fremdmaterial?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--	--------------------------	----------------------------

Falls ja: Was genau?

Metallsplitter (bspw. Granatsplitter)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Herzschrittmacher / implantierter Defibrillator (ICD)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	--------------------------	----------------------------

Herzklappenersatz	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
-------------------	--------------------------	----------------------------

Gefäßstütze (Stent)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---------------------	--------------------------	----------------------------

Gefäßclip (insb. im Kopf)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---------------------------	--------------------------	----------------------------

Geräte zur Nerven- oder tiefen Hirnstimulation	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--	--------------------------	----------------------------

Ventrikelschunt (Hirnwasserablenkung in den Bauchraum oder das Herz)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--	--------------------------	----------------------------

Cochlea-Implantat	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
-------------------	--------------------------	----------------------------

Mittelohrprothese	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
-------------------	--------------------------	----------------------------

Hörgerät	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
----------	--------------------------	----------------------------

Medikamentenpumpe	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
-------------------	--------------------------	----------------------------

Prothese / Implantat, die magnetisch fixiert werden	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	--------------------------	----------------------------

Künstliche Gelenke	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------	--------------------------	----------------------------

Zahnspange / Zahnersatz	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
-------------------------	--------------------------	----------------------------

Piercing, Permanent Make-up oder Tätowierungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--	--------------------------	----------------------------

Intrauterin-Pessar („Spirale“)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------------------	--------------------------	----------------------------

Andere metallhaltige Fremdkörper	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
----------------------------------	--------------------------	----------------------------

Falls ja: Was?

---

---

Besteht eine bekannte Unverträglichkeit / Allergie ggü. Ja o Nein o  
Medikamenten, Pflaster oder Kontrastmitteln?  
Falls ja: Ggü. was?

---

---

Besteht eine starke Einschränkung der Nierenfunktion? Ist der Nierenfunktionswert bekannt (GFR, Kreatinin)? Erhalten Sie Dialyse? Ja o Nein o

Haben Sie bereits einmal MRT-Kontrastmittel intravenös erhalten? Ja o Nein o

Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit (z. B. Hepatis, HIV, Tuberkulose)? Ja o Nein o

Besteht ein erhöhter Augeninnendruck (Glaukom oder „Grüner Star“)? Ja o Nein o

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? Unsicher o Ja o Nein o

Patientinnen mit kleinen Kindern: Stillen Sie zurzeit? 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 Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Patient/Bevollmächtigter



## Zusatzfragebogen für die MRT der Prostata

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrter Patient\*,

bei Ihnen ist eine Kernspintomographie (MRT) der Prostata geplant. Zur Befunderstellung und besseren Interpretation benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig aus. Sprechen Sie uns bitte an, falls Unsicherheiten bestehen.

Wurde bei Ihnen schon früher eine MRT der Prostata durchgeführt? Ja o    Nein o  
Falls ja: Wann und wo?

---

Wie hoch ist Ihr aktueller PSA-Wert und wie ist der Verlauf?

---

Wurde bereits eine Biopsie durchgeführt (eine Gewebeprobe entnommen)? Ja o    Nein o  
Falls ja: Ergebnis? Krebs o    Kein Krebs o  
Falls Biopsie mit Ergebnis Krebs: Anzahl der positiven (befallenen) Stenzen/Anzahl der entnommenen Stenzen und Gleason-Score?

---

Wurden Sie bereits an der Prostata operiert (auch bei gutartigen Veränderungen)? Ja o    Nein o

---

Wurden Sie antihormonell behandelt oder bestrahlt? Ja o    Nein o

Gibt es in Ihrer Familie Patienten mit Prostatakrebs? Ja o    Nein o  
Falls ja: Wer?

---

Zur Optimierung der Bildqualität ist es hilfreich, vor der Untersuchung den Darm zu entleeren, falls möglich. Bitte keine Abführmittel und kein Klistier verwenden, dies hat eher negative Auswirkungen auf die Bildqualität. Luft im Darm sollte auch während der Untersuchung nicht zurückgehalten werden.

---

Datum

---

Unterschrift Patient oder  
Bevollmächtigter