

Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie / MRT

Name: _____ Vorname: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll eine Kernspintomographie durchgeführt werden. Hierzu möchten wir Ihnen einige Informationen geben und Sie bitten, einige wichtige Fragen zu beantworten.

1. Die Kernspintomographie erzeugt Schnittbilder des Körpers innerhalb eines Magnetfeldes ohne Strahlenbelastung. Die Untersuchung wird in der Regel in mehrere Untersuchungssequenzen, die bis zu 15 Min. dauern können, aufgeteilt. Die Gesamtuntersuchungsdauer beträgt in der Regel ca. 20 – 30 min. Bei besonderen Fragestellungen oder schwierigen Untersuchungsverhältnissen sind Untersuchungszeiten bis zu 1 Stunde möglich. Während der Untersuchung hören Sie ein zeitweise lautes klopfendes Geräusch, das je nach Untersuchungssequenz eine unterschiedliche Lärmbelästigung hervorrufen kann.

2. Wegen des starken Magnetfeldes gibt es einige wichtige Gegenanzeigen, die vor Betreten des Untersuchungsraumes unbedingt beachtet werden müssen.

Wir bitten Sie deshalb folgende Fragen genauestens zu beantworten (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, einer Insulinpumpe oder eines sonstigen elektromagnetischen Überträgers?

ja

nein

- Befinden sich in Ihrem Körper metallische Teile (z.B. Granatsplitter, Operationsclips)?

ja

nein

- Tragen Sie Metallprothesen (z.B. Gelenkendoprothesen, Implantate im Bereich der Ohren, Gefäßstents)?

ja

nein

- Wurde bei Ihnen eine Gefäßoperation (z.B. Gehirn, große Bauch- oder Beingefäße) oder Herzoperation (z.B. Bypass, Herzklappe) durchgeführt?

ja

nein

- Tragen Sie ein cgm (continuous glucose monitoring, kontinuierlich messende Glukosesensoren)

ja

nein

Tragen Sie bitte Ihr Körpergewicht ein: _____ kg

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie / MRT

3. In sehr seltenen Fällen kann es durch von aussen in die Haut oder auf die Haut aufgebrachte Fremdkörper mit metallischen Anteilen (Tattoos, bestimmte Lidschatten, Piercings o.ä.) zu umschriebenen Verbrennungen der Haut kommen. In unserer Praxis haben wir bisher eine solche Komplikation nicht festgestellt.
4. Vor der Untersuchung ist es unbedingt erforderlich, dass sämtliche Metallteile, wie z.B. entfernbare Zahnersatz, Schmuck, Piercing, Schlüssel, Feuerzeuge, Geldstücke, Uhren, Hörgeräte, Brillen, u.s.w. in der Kabine gelassen werden. Auch Kreditkarten oder ähnliche mit Magnetbandstreifen versehene Gegenstände müssen in der Kabine gelassen werden.
5. Im Verlauf der Untersuchung kann es notwendig werden, dass zusätzlich ein Kontrastmittel verabreicht wird.

Bei dem Kontrastmittel für die Kernspintomographie sind Unverträglichkeitsreaktionen bekannt, jedoch geschehen sie nur sehr selten und äußern sich dann in der Regel mit geringgradigen und schnell vorübergehendem Missemmpfinden (Wärmegefühl, Übelkeit, Brechreiz, Juckreiz).

Schwere Komplikationen (z.B. Luftnot, Kreislaufversagen o.ä.) sind absolute Seltenheiten. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

- Sind bei Ihnen allergische Erkrankungen oder Allergien bekannt?

ja

nein

- wenn ja, welche?
-

- Liegt bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung vor?

Ja

nein

- Haben Sie früher bereits einmal ein Kontrastmittel in der Kernspintomographie erhalten?

ja

nein

- wenn ja, wurde es von Ihnen gut vertragen?

Ja

nein

Patient / Patientin / Eltern	Arzt/Ärztin

6. Nur von Patientinnen auszufüllen:

- Tragen Sie einen Intrauterin-Pessar (Spirale)?

(wenn ja, empfehlen wir nach der Kernspintomographie eine gynäkologische Kontrolluntersuchung, um die richtige Lage des IUP zu überprüfen)

ja

nein

- besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja

nein

Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie / MRT

Sollten Unklarheiten oder Fragen von Ihrer Seite bestehen, sprechen Sie unser Personal bitte **vor** Betreten des Untersuchungsraumes an. Wir bitten Sie, mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie die o.g. Fragen und Informationen vollständig gelesen, verstanden und korrekt beantwortet haben und Sie mit der Untersuchung und einer evtl. Kontrastmittelgabe einverstanden sind.

Datum: _____

Unterschrift: _____

ZRN - ZENTRUM FÜR RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN - an den Standorten:

NEUSS

Preußenstraße 84
41464 Neuss
(am Lukaskrankenhaus)

Telefon 0800 - 97 64 636
(0800-ZRNINFO)
Telefax 0 21 81 - 21 40 - 29
E-Mail anmeldung@zrn-info.de

DORMAGEN

Dr. Geldmacher-Str. 20
41540 Dormagen
(im Kreiskrankenhaus Dormagen)

Telefon 0800 - 97 64 636
(0800-ZRNINFO)
Telefax 0 21 81 - 21 40 - 29
E-Mail anmeldung@zrn-info.de

GREVENBROICH

Von-Werth-Straße 5
41515 Grevenbroich
(im Kreiskrankenhaus St. Elisabeth)

Telefon 0800 - 97 64 636
(0800-ZRNINFO)
Telefax 0 21 81 - 21 40 - 29
E-Mail anmeldung@zrn-info.de

Gültig ab: 19.02.2020, nächste Überprüfung: 19.02.2021	Version 05	Formular_Aufklärungsbogen MRT_v05_2020-02-19
Bearbeiter: H.Redlich	Freigegeben: Prof. Dr. Wieder	Seite 3 von 3