



ANAMNESEBOGEN MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT)

Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung

Name, Vorname, Geburtsdatum

Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____

Die Magnetresonanztomographie (MRT) ist bei einem bestimmten Personenkreis nicht anwendbar. Um mögliche Risiken zu vermeiden, bitten wir Sie die nachstehenden Fragen zu beantworten.

WICHTIG! Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator, Magenschrittmacher, eine Medikamentenpumpe, ein Cochleaimplantat oder ähnliche elektronische im Körper implantierte Geräte? ja nein

Falls ja, bitten wir um sofortige Mitteilung an unsere Mitarbeiter/innen an der Anmeldung. Sie dürfen unter Umständen nicht im MR untersucht werden.

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? ja nein
Falls ja, tragen Sie bitte Art der Operation und Jahreszahl ein _____

Befinden sich Metallteile (künstliche Gelenke, Granatsplitter, Gefäßclip, Stent, Shunt, Spirale, Magnetanker für Zahnersatz, Blutzucker-Messsystem etc.) in Ihrem Körper? ja nein
Falls ja, wo? _____

Ist bei Ihnen ein **Nierenleiden** (z. B. eine Niereninsuffizienz) bekannt? ja nein

Leiden Sie an Epilepsie, Krampfanfällen oder Anfallsleiden? ja nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Medikamenten- oder Kontrastmittelallergien? ja nein
Falls ja, welche? _____

Gibt es Voruntersuchungen (Röntgen, CT, MRT, Nuklearmedizin, PET) des heute zu untersuchenden Körperteiles? ja nein
In der Praxis/Krankenhaus: _____

Dürfen wir die Voruntersuchung anfordern? ja nein

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV etc.) bekannt? ja nein
Falls ja, welche? _____

Sind Sie Träger von Hörgeräten? Falls ja, bitte entfernen Sie die Hörgeräte vor der Untersuchung. ja nein

Sind Sie Träger von Tätowierungen, Piercings oder Permanent-Make-up? ja nein

Sie haben Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens. (Nach § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens. Ich möchte eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich hinreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Gewicht (kg): _____ Größe (cm): _____ Alter: _____ Datum/Unterschrift: _____
(gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter)

Für Patientinnen:

Befinden Sie sich in der Stillzeit? ja nein

Ich bestätige hiermit, dass bei mir zurzeit keine Schwangerschaft besteht, bzw. mir das Vorliegen einer solchen nicht bekannt ist.

Letzte Regelblutung: _____ Datum/Unterschrift: _____
(gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter)

Bitte lesen Sie die Patientenaufklärung auf der Rückseite!

Patientenaufklärung – Bitte aufmerksam durchlesen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Sie zu einer Magnetresonanztomographie (MRT) überwiesen. Das Untersuchungsgerät arbeitet mit einem Magnetfeld und mit Radiowellen. Auf diese Weise kann man Strukturen im Körper erkennen, die mit keiner anderen Untersuchungsmethode zu sehen sind.

Das Gerät ist technisch sehr aufwändig. Während die Bilder aufgenommen werden, hören Sie laute Klopfgeräusche. In dieser Zeit dürfen Sie sich nicht bewegen, damit Sie die Aufnahmen nicht verwackeln.

Der Aufenthalt im Gerät ist nicht gefährlich. Falls Sie unter Platzangst leiden, kann Ihre Begleitperson während der Untersuchung gern in Ihrer Nähe bleiben oder es besteht die Möglichkeit Ihnen eine Beruhigungsspritze zu geben. In diesem Fall lassen Sie sich bitte abholen. Wegen der vorübergehenden Einschränkung Ihrer Straßenverkehrstauglichkeit dürfen Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug oder Zweirad steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.

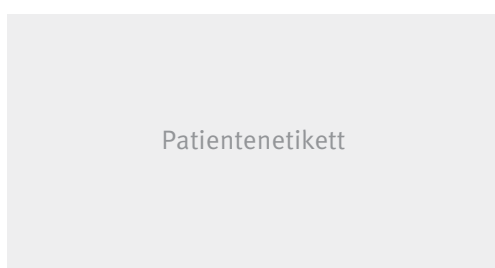
Metallprothesen wie künstliche Hüften, Zahnersatz oder Metallplatten nach Knochenbrüchen beeinträchtigen die Untersuchung im Allgemeinen nicht und werden durch das Magnetfeld nicht gefährdet. Das gilt auch für Spiralen zur Empfängnisverhütung. Vom Hersteller wird empfohlen, den Sitz der Spirale nach der Untersuchung durch den Frauenarzt überprüfen zu lassen. Sehr selten gibt es magnetisch befestigten Zahnersatz; mit einem solchen dürfen Sie nicht in den Untersuchungsraum.

In manchen Fällen müssen wir ein Kontrastmittel in die Vene spritzen. Dieses ist allgemein gut verträglich und enthält kein Jod. Allergische Reaktionen sind sehr selten wie z. B. Übelkeit, Erbrechen, Hautreaktionen oder schwere Kreislaufreaktionen. Die Nachbeobachtungszeit nach Kontrastmittel-Applikation entspricht den Vorgaben der Arzneimittelinformation des jeweiligen Herstellers. In seltenen Fällen kann es zu einer Fehlinjektion von Kontrastmittel außerhalb der Vene mit der Möglichkeit von Gewebeschäden kommen. Individuell ist es bei Untersuchungen im Bauchraum nötig, zusätzlich ein bis drei Stunden vor der Untersuchung ein Kontrastmittel zu trinken.

Folgende Gegenstände dürfen Sie und Ihre Begleitperson nicht in den Untersuchungsraum mitnehmen: Portemonnaie, Scheck- oder Magnetkarten, Uhren, Schlüssel, Modeschmuck, loses Kleingeld, Kugelschreiber, Hörgeräte, Haarspangen (es besteht die Möglichkeit, diese Gegenstände in der Patientenkabine abzulegen).

Die Untersuchung dauert in der Regel zwischen 10 und 30 Minuten.

Dieser Bereich wird von der Praxis ausgefüllt!



Patientenetikett

___ Clariscan ___ Lumivision ___ Creatinin

___ Dotarem ___ Mannitol _____

___ DotaVision _____

___ Gadovist

___ Sequenzen gesamt

Mitgabe _____ QR-Code ___ CD-ROM

___ Buscopan

___ davon KM-Seq.

von Bildern: _____ Seitenanzahl Paperprints

___ Diazepam

___ KM-Gabe mit Pumpe ja nein

Notizen:

Arzt: _____