

Information und Einverständniserklärung zur Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

Geb.-datum: _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

Plz/Ort: _____

Telefon: _____

Handynr.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) durchgeführt werden. Es handelt sich dabei um ein bildgebendes Verfahren, mit dem die Art und Ausdehnung einer Vielzahl von Erkrankungen dargestellt werden können. Der Vorteil der Methode liegt in der Möglichkeit, millimeterdünne, kontrastreiche Schichtaufnahmen in jeder beliebigen Ebene zu erstellen. Die Methode arbeitet mit einem Magnetfeld und elektromagnetischen Radiowellen. Röntgenstrahlen kommen nicht zum Einsatz.



Ablauf der Untersuchung

Wir haben zwei Geräte zur Verfügung, beide mit einer extra weiten Öffnung und kurzem Tunnel, um bei ängstlichen Patienten ein Beklemmungsgefühl weitgehend zu vermeiden. **Sollten Sie Angst in engen Räumen (Klaustrophobie) haben, so sagen Sie dies bitte vorher der Assistentin.** Bei der Auswahl der Geräte muss aber auch die zu untersuchende Körperregion mitberücksichtigt werden. **Es kann daher zu unterschiedlich langen Wartezeiten kommen.**

Legen Sie vor der Untersuchung alle Metallteile und Geräte in der Umkleidekabine ab: Hörgerät, Brille, Schmuck, Haarspangen, Zahnspange bzw. -prothese, Metallteile an der Kleidung (Gürtelschnalle), Klebeelektroden, Pflaster mit Metallfolie, Karten mit Magnetstreifen (Scheck-, Telefon-, Versicherungskarte, da diese sonst gelöscht sind), Mobiltelefon, Schlüssel, Münzen, etc.

Die Untersuchung dauert etwa 15 bis 40 Minuten. Während der Untersuchung treten laute Geräusche auf, daher bekommen Sie einen Kopfhörer oder Ohrstöpsel. **Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie besonders lärmempfindlich sind.** Falls Sie Musik hören möchten sagen Sie dies bitte der Assistentin vor der Untersuchung. **Die Assistentin sieht sie während der gesamten Untersuchung. Über einen Alarmknopf können Sie sich jederzeit bemerkbar machen. Bitte bleiben Sie ruhig und entspannt liegen. Insbesondere während der Messungen, die Sie an den Klopfgeräuschen erkennen, sollten Sie sich nicht bewegen.** Bei Untersuchungen des Bauches oder des Herzens sagen wir Ihnen über einen Lautsprecher, wie Sie ein- und ausatmen sollen. **Informieren Sie die Assistentin sollte plötzliches Unwohlsein (z.B. Juckreiz, Atembeschwerden, starkes Wärmegefühl) auftreten.**

Nach der Untersuchung nehmen Sie bitte im Wartezimmer 2 Platz. Die Ergebnisse der Untersuchung werden Ihnen in der Regel unmittelbar im Anschluss durch die Ärztin / den Arzt mitgeteilt. Die Aufnahmen bekommen Sie als CD ausgehändigt. Ihr Arzt erhält den schriftlichen Befund meist am selben Tag per Fax.

Risiken und Nebenwirkungen der Kernspintomographie

Die Kernspintomographie (MRT) ist eine sehr sichere Methode. **Risiken oder Nebenwirkungen durch das Magnetfeld oder Radiowellen sind bei Beachtung der Verhaltenshinweise nicht bekannt.**

In seltenen Fällen kann es, bei ungünstiger Lagerung im Gerät, an Hautkontakten zwischen den Beinen oder zwischen Armen und dem Körperstamm, zu **lokaler Überwärmung** oder im Extremfall zu Verbrennungen kommen. Dies wird durch die korrekte Lagerung durch das Assistenzpersonal verhindert. **Bitte verändern Sie deshalb Ihre Position während der Untersuchung nicht.**

Metallteile und medizinische Implantate im Körper (z.B. Herzschrittmacher, Insulinpumpe, Cochleaimplantate, Aneurysmaclips) können durch das Magnetfeld und die Radiowellen **beeinträchtigt oder beschädigt werden und Ihnen Schaden zufügen. Es ist deshalb wichtig, diese im Fragebogen anzugeben.** Die meisten Implantate, wie z.B. Hüftgelenksprothesen, sind aber aus nicht magnetisierbarem Metall und die Untersuchung kann problemlos durchgeführt werden. Metallhaltige Farbstoffe in (Permanent) **Make-up** oder **Tätowierungen** können in seltenen Fällen zu **Hautreizungen**, Schwellungen oder **Wärmegefühl** führen.

Extrem selten kann ein **Ohrgeräusch** (Tinnitus) auftreten. Sehr selten kann eine **Furcht vor engen Räumen** (Klaustrophobie) offenkundig werden und fortan erneut auftreten.



Risiken und Nebenwirkungen der Kontrastmittelgabe

Insbesondere bei Untersuchungen des Schädels, Halses, der Bauchorgane, der Brust, der Gefäße, zur Abklärung von Tumoren und bei Untersuchungen nach Operationen ist in der Regel die Gabe von Kontrastmittel erforderlich um verschiedene Strukturen besser darzustellen. Das Kontrastmittel wird über eine oberflächliche Vene, z. B. in der Ellenbeuge, verabreicht. Das Kontrastmittel ist nicht jodhaltig, es kann auch bei Überempfindlichkeit gegenüber Röntgenkontrastmittel verwendet werden und wird fast ausnahmslos sehr gut vertragen. Die Ausscheidung erfolgt unverändert über die Nieren.

Die von uns in der Regel verwendeten Kontrastmittel (z.B. Dotarem) gelten als besonders sicher und die aktuelle Studienlage deutet darauf hin, dass diese **nicht** im Gehirn abgelagert werden. Bei schwerer Nierenerkrankung oder Dialysepflichtigkeit wird nach Möglichkeit auf eine intravenöse Kontrastmittelgabe verzichtet, da - nur bei dieser Patientengruppe - extrem selten eine nephrogene systemische Fibrose (sog.=NSF) ausgelöst werden kann, eine nicht behandelbaren **Bindegewebskrankung** die u.a. zu einer Einschränkung der Beweglichkeit bis hin zur Gelenksteife führen kann.

Sehr seltene Überempfindlichkeitsreaktionen sind z. B. vorübergehender Hautausschlag, Juckreiz oder Brechreiz. **Extrem selten sind schwere allergische Reaktionen** wie z. B. Asthma-Anfall, Kreislaufkollaps / Schock oder Schleimhautschwellung im Kehlkopf. Diese können eine intensivmedizinische Behandlung erfordern und unter Umständen lebensbedrohlich sein.

In seltenen Fällen können Haut-, Weichteil- oder Nervenschäden an der Einspritzstelle des Kontrastmittels auftreten. Diese können im ungünstigen Fall langanhaltend oder dauerhaft auftreten.

Haben Sie Fragen zur Untersuchung, zur Wahl des Verfahrens, den Vor- und Nachteilen gegenüber anderen Methoden, können Sie vor der Untersuchung mit dem Arzt sprechen, oder Sie fragen die technische Assistentin.

Weitere Informationen über unsere Praxis können Sie auch im Internet unter www.radiologie-rosenheim.de abrufen.

**Bitte geben Sie mitgebrachte Aufnahmen und Befunde gleich bei der Anmeldung ab!
Die folgenden Fragen sind wichtig um Ihre Sicherheit zu gewährleisten und die Untersuchung optimal zu planen.
Bitte antworten Sie daher wahrheitsgemäß und vollständig.**

Zutreffendes bitte a n k r e u z e n:

1. Wie groß sind Sie? _____ cm Wie schwer sind Sie? Ca. _____ kg
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Cochleaimplantat oder einen Neurostimulator? Ja Nein
Dann darf keine MRT durchgeführt werden!
3. Wurden Sie bereits einmal am Kopf operiert (Blutung, Aneurysma)? Ja Nein
4. _____
5. Sind in Ihrem Körper sonstige Metallteile, z.B. Granatsplitter, Clips nach Operationen, Stent, Prothese, künstliche Herzklappe, Zahnimplantat? Ja Nein
Welche? _____
6. Tragen Sie Hörgeräte, Make-up, Tätowierungen, Akupunkturnadeln, EKG-Elektroden, Medikamentenpflaster etc.? Ja Nein
Welche? _____
7. Leiden Sie an Klaustrophobie (Angst in engen Räumen)? Ja Nein
8. Sind Sie besonders Lärmempfindlich oder haben Sie einen Tinnitus? Ja Nein
9. Neigen Sie zu Heuschnupfen oder Asthma? Ja Nein
10. Ist bei Ihnen eine Allergie gegen Kontrastmittel bekannt? Ja Nein
Gegen welches Kontrastmittel? _____
11. Bestehen Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel oder Medikamente? Ja Nein
Welche? _____
12. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung oder Nierenfunktionsstörung bekannt? Ja Nein
13. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt (Hepatitis, AIDS, TBC, o. ä.) Ja Nein
Welche? _____
14. Wurden Sie an der zu untersuchenden Region bereits operiert? Ja Nein
Was und wann? _____

15. Wurde der zu untersuchenden Bereich bereits früher untersucht? Ja Nein
Wann und wo? _____
16. Hatten Sie in den letzten Wochen einen Unfall/ ein Ereignis als Ursache für die heutige Untersuchung? Ja Nein
Welcher Art und wann? _____
17. Beschreiben Sie ihre aktuellen Beschwerden:

18. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? Ja Nein
Welche? _____
19. Für Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Ja Nein
20. Tragen Sie ein metallhaltiges IUP / eine metallhaltige Spirale? Ja Nein

Falls ja, sollten Sie die Lage nach der MRT-Untersuchung von der Frauenärztin überprüfen lassen! Die Verhütungswirkung kann eingeschränkt sein! Bei den metalllosen IUPs oder den in der Regel metalllosen intrauterinen Systemen (IUS) ist dies nicht erforderlich.

Ich habe die ausführlichen Informationen zur Kernspintomographie gelesen und zur Kenntnis genommen. Alle weiteren mich interessierenden Fragen konnte ich in einem Gespräch mit dem Arzt oder der Assistentin vor der Untersuchung stellen. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und willige in die Untersuchung ggf. mit Kontrastmittelgabe ein.

X _____
Ort/Datum

X _____
Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte, Betreuer

Nur im Falle der Ablehnung von Kontrastmittel:

Ich lehne die geplante Untersuchung mit Kontrastmittel ab. Über die möglichen Nachteile (z.B. Nichterkennen von Erkrankungen und deren Schweregrad) wurde ich ausdrücklich hingewiesen und nehme ich billigend in Kauf.

X _____
Ort/Datum

X _____
Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte, Betreuer

Bitte auch diesen Teil ausfüllen!

Einwilligung in die Datenweitergabe:

Im Falle einer notwendigen Weiterbehandlung bzw. Kontrolluntersuchung, bin ich mit der Weitergabe der Befunde und Aufnahmen an die weiterbehandelnde Klinik bzw. Praxis einverstanden. Mir ist bekannt, dass dieses Einverständnis nur für die aktuelle Untersuchung gültig ist und dass ich dies jederzeit für zukünftige Weitergaben widerrufen kann.

Ich bin mit der Befund- und Bildweitergabe einverstanden

Ja Nein

Einwilligung in die elektronische Datenübermittlung:

Um Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin die Untersuchungsergebnisse schnellstmöglich zukommen zu lassen, werden diese elektronisch übermittelt. Die Übermittlungsverfahren entsprechen dabei den Anforderungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Für die Übermittlung der Daten benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Weitere Informationen zur Datenerhebung und -verarbeitung entnehmen Sie bitte gerne unserem Aushang oder Informationsblatt.

Ich bin mit der elektronischen Übermittlung meiner Bild- und Befunddaten an die mich behandelnden Ärzte einverstanden.

Ja Nein

Ich möchte an meinen Termin erinnert werden

Ja Nein

Dieses Einverständnis können Sie jederzeit schriftlich an Radiologisches Zentrum Rosenheim, Stollstr. 6, 83022 Rosenheim bzw. info@rad-ro.de oder mündlich bei uns in der Praxis widerrufen.

Ich möchte eine Kopie dieses Aufklärungsbogens ausgehändigt bekommen

Ja Nein

X _____
Ort/Datum

X _____
Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte, Betreuer

Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsrichtlinien in der Radiologie kann es sein, dass wir Ihre Aufnahmen und Befunde per Post an die ärztliche Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern zur Überprüfung einreichen müssen (siehe ausliegendes Infoblatt).

Dieser Teil wird vom Praxispersonal ausgefüllt!

Notizen:

Unterschrift des Arztes

KM: Clariscan _____ml Gadovist _____ml Primovist _____ml Artirem _____ml

Mannitol Ananassaft Buscopan 1 Amp / 2 Amp Dormicum _____ml

MTA-Kürzel: _____

Arzt: UM TS HH KL CS MS OF StH