

## Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin zu einer Magnetresonanztomographie überwiesen worden.

Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die unten angeführten Fragen zu beantworten. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den Arzt.



## Was ist eine Magnetresonanztomographie?

Mit der Magnetresonanztomographie wird der Körper ohne Röntgenstrahlen untersucht. Bei der Untersuchung werden durch starke Magnetfelder kurzdauernde Radiowellen erzeugt. Die Signale, die dabei aus dem Körper empfangen werden, werden mit einem Computer ausgewertet. Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei und schädliche Auswirkungen sind derzeit nicht bekannt.



## Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert je nach untersuchtem Organ **⌚ zw. 15 und 30 Minuten**. Sie liegen während der Untersuchung in einer Röhre. Während der Untersuchung sind laute Klopfgeräusche zu hören. Es ist sehr wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen.



## Wozu Kontrastmittel?

Je nach Untersuchung und Zuweisungsdiagnose kann eine Kontrastmittelinjektion notwendig werden, um bestimmte krankhafte Veränderungen leichter und genauer diagnostizieren zu können.

## Gibt es Komplikationen?

An der Einstichstelle kann es zu einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als normale Reaktion auf Kontrastmittel empfinden Patienten während der Injektion häufig ein Wärmegefühl. Gelegentlich treten Unverträglichkeitsreaktionen, wie leichte Blutdruckschwankungen, Übelkeit oder Schmerz, Juckreiz und Quaddeln auf. In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen, diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich. Schwere Komplikationen treten äußerst selten auf (1:10.000)<sup>1</sup>, das Risiko der Untersuchung ist somit sehr klein im Vergleich zum erzielten Nutzen. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

In einer gewissen, nicht näher definierbaren Liegeposition in Kombination mit einer bestimmten Hautfeuchtigkeit kann es in sehr seltenen Fällen aufgrund magnetischer Schleifenbildung zu oberflächlichen Hautverbrennungen kommen. Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

<sup>1</sup>KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621 – 628)

- 
1. Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung gehabt?  JA  NEIN
- 
2. Bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?  JA  NEIN  
Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind bisher extrem selten beobachtet worden. Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle.
- 
3. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder eingeschränkten Nierenfunktion?  JA  NEIN
- 
4. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Medikamentenpumpe?  JA  NEIN
- 
5. Tragen Sie ein Hörgerät?  JA  NEIN
- 
6. Haben Sie Implantate oder Prothesen?  JA  NEIN  
wie z.B. Mittelohrimplantate, Herzklappen- oder Hüftprothesen
- 
7. Haben Sie Metallteile oder Metallsplitter?  JA  NEIN  
Wie z.b. Piercing, Marknagel
- 
8. Wurde eine Operation an Herz oder Kopf durchgeführt?  JA  NEIN
- 
9. Sind Sie schwanger oder stillen Sie?  JA  NEIN

GAB ES OPERATIONEN ODER VERLETZUNGEN IM BEREICH DER UNTERSUCHUNGSREGION?

---

---

IHRE DERZEITIGEN BESCHWERDEN SIND:

---

---



Größe



Gewicht

**ACHTUNG:**

WENN SIE EIN BERUHIGUNGSMITTEL ERHALTEN, SOLLTEN SIE IN DEN NÄCHSTEN ⌚ 24 STUNDEN WEDER EIN KRAFTFAHRZEUG STEUERN, NOCH AN GEFÄHRLICHEN MASCHINEN ARBEITEN.

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu.**

Ich bin mit elektronischer Befund- und Bildarchivierung, medizinischer Datenabfrage und Weitergabe der Daten an andere behandelnde Ärzte einverstanden.



---

Name und Geburtsdatum des Patienten

---

Datum



---

Unterschrift der/des Patientin/en  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

---

Name und Unterschrift des/der  
Arztes/MTD