

Name Geburtsdatum

Einverständniserklärung für eine MRT Untersuchung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Kernspintomographie (MRT) ist eine wenig belastende und unbedenkliche Untersuchung. Sie nutzt die Wechselwirkung von Magnetfeldern mit Radiowellen zur Bildgebung. Dies ist weder sichtbar noch spürbar, lediglich das Schalten der Magnetfelder ist dabei zu hören.

Vor der Untersuchung müssen sämtliche Metallteile und elektronische Geräte (auch Hörgeräte!) abgelegt werden. Die Untersuchung selbst dauert 20 bis 40 Minuten. Sie liegen dabei in dem nach drei Seiten weit offenen Magneten. Wir können Sie während der Untersuchung sehen und auch hören (Patientenklingsel). Eine Begleitperson kann gefahrlos mit Ihnen in den Untersuchungsraum gehen.

Herzschrittmacherträger dürfen in den meisten Fällen nicht im MRT untersucht werden, da lebensgefährliche Fehlfunktionen auftreten könnten. In Einzelfällen wird in Abstimmung mit Ihrem Kardiologen entschieden, ob eine MRT bei liegendem Schrittmacher durchgeführt werden kann. Auch Patienten mit anderen eingebrachten **elektrisch oder mechanisch aktiven Implantaten (z. B. Medikamentenpumpen, Neurostimulatoren, Cochlea-Implantate)** oder **Metallsplittern** (z. B. Granatsplitter) sollten nicht im Gerät untersucht werden. Die meisten künstlichen Herzklappen und viele andere Prothesen aus Edelmetallen sind unbedenklich. Wir bitten Sie jedoch, sämtliche Fremdkörper umseitig gewissenhaft anzugeben.

Je nach Fragestellung kann ein Kontrastmittel nötig werden, welches Ihnen intravenös verabreicht wird. Dieses Kontrastmittel enthält **kein Jod** und wird unverändert aktiv über die **Nieren** wieder ausgeschieden. So lange Sie eine normal harnausscheidende Niere haben, kann das Kontrastmittel gegeben werden. Wenn die Nierenfunktion eingeschränkt ist UND eine chronische Entzündung vorliegt, müssen Nutzen und Risiko abgewogen werden. Sie sollten danach auf jeden Fall viel trinken, um die Ausscheidung zu unterstützen.

Unverträglichkeiten des Kontrastmittels können gelegentlich vorkommen und äußern sich in schnell vorübergehender Übelkeit.

Allergische Reaktionen sind sehr selten und äußern sich in Hautrötung oder auch Hautjucken oder Kreislaufschwäche. Falls Sie einmal allergisch reagiert haben, dürfen Sie ohne zusätzliche Schutzmaßnahmen kein Kontrastmittel mehr bekommen.

- Äußerst selten sind schwere allergische Reaktionen mit asthmatischen Beschwerden und gravierenden Kreislaufstörungen.
- Extrem selten aber schon beschrieben sind tödliche Komplikationen. Statistisch ist die Wahrscheinlichkeit an einer Kontrastmittelgabe zu versterben genau so hoch wie bei einem Bienen- oder Wespenstich.
- Bei **eingeschränkter Nierenfunktion** UND einer **chronischen Entzündung** im Körper (Chronische Polyarthrit, Colitis ulcerosa etc.) kann es in seltenen Fällen zu einer Hauterkrankung kommen (systemische Fibrose).
- Nach Verabreichung von Gadolinium-haltigen Kontrastmittel kann es zu einer Anreicherung von Gadolinium im Gehirn und in anderen Körpergeweben (Knochen, Leber, Nieren, Haut) kommen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Aufklärung aufmerksam gelesen haben:

.....
Datum

Unterschrift Patient

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite >>>>

Zutreffendes bitte ankreuzen	JA	NEIN
<ul style="list-style-type: none"> ● Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, Defibrillators oder Event-Recorders? Wenn ja, welche? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Tragen Sie andere Implantate? (z. B. Chochlea-Implantat, Medikamentenpumpe, Neurostimulatoren, künstliche Herzklappe, sonstige) Wenn ja, welche? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Befinden sich magnetische, metallische oder elektrische Teile im/am Körper? (z. B. Gefäßclips, Granatsplitter, Spirale, Gelenkprothesen, Hörgeräte ...) Wenn ja, welche? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Haben Sie bekannte Allergien? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Haben Sie schon einmal auf Kontrastmittel der MRT allergisch reagiert? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Bestehen Risikofaktoren für eine eingeschränkte Nierenfunktion (z.B. Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Erkrankungen der Blutgefäße, Krebsmedikamente, Schmerzmittel-/Antibiotikaeinnahme, u.a.) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Ist eine Störung Ihrer Nierenfunktion bekannt? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Leiden Sie an einer chronischen entzündlichen Erkrankung? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Leiden Sie an einer chronischen / akuten Infektionserkrankung wie Hepatitis oder HIV 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Leiden Sie unter Klaustrophobie (Angst vor engen oder geschlossenen Räumen)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzfragen bei Frauen:	JA	NEIN
<ul style="list-style-type: none"> ● Könnten Sie Schwanger sein? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? SSW 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Stillen Sie zur Zeit? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsblattes verstanden, habe keine weiteren Fragen zur geplanten Untersuchung und erkläre mich mit der Durchführung einverstanden.

.....
Datum **Unterschrift Patient**

Ich bin damit einverstanden, eine Kernspintomographie (MRT) mit Kontrastmittel durchführen zu lassen. Fragen zu meinem persönlichen Risiko sind zufriedenstellend beantwortet worden.

.....
Datum **Unterschrift Patient**

.....
Datum **Unterschrift Arzt**