



Praxis  
für Radiologie  
im Gesundheitszentrum Springpfuhl  
Dr. med. Konstanze Schütze

Allee der Kosmonauten 47  
12681 Berlin

??

## MRT -Aufklärungsbogen

Sehr geehrte/r ?? ??, ??

Sie wurden uns von Ihrem behandelnden Arzt zur **Kernspintomographie** (auch **Magnetresonanztomographie= MRT**) überwiesen. Lassen Sie sich kurz über das Prinzip dieser Methode informieren.

### **Prinzip** -Methode der **MRT**:

Bei der Kernspintomographie kommen keine radioaktiven Strahlen zum Einsatz. Für die Bildentstehung werden die natürlichen magnetischen Eigenschaften des menschlichen Körpers (Atomkerne) genutzt. Zur Registrierung der Signale für die Bilder sind ein äußeres Magnetfeld und Radiowellen erforderlich. Für die Untersuchung werden Sie auf einer Liege in die Öffnung des Gerätes hineingefahren. Die Untersuchung dauert in Abhängigkeit von der jeweiligen Fragestellung für eine Körperregion ca. 20 Minuten. Sie werden laute Klopfgeräusche hören, die auf Schaltmechanismen beruhen. Als Gehörschutz haben sich Kopfhörer (und Oropacs) bewährt. Der Untersuchungsbereich ist klimatisiert. Bei bestimmten diagnostischen Fragen ist die Anwendung eines speziellen Kontrastmittels (KM) erforderlich, welches über eine Vene in das Blutgefäß gespritzt wird. Dieses Kontrastmittel ist nicht jodhaltig und gut verträglich. Nur in Ausnahmefällen wurde über geringfügige Nebenwirkungen berichtet (Übelkeit/ Erbrechen). Notwendige Medikamente dürfen jederzeit eingenommen werden. Entfernbare Zahnprothesen müssen vor der Untersuchung im MRT herausgenommen werden.

### **Achtung Metallgegenstände!!!**

Zu schweren Schädigungen am Gerätesystem und zu Störungen der Bildqualität können Metallgegenstände führen, die in den Untersuchungsraum mitgenommen werden. Deshalb sind unbedingt folgende Gegenstände in der Patientenkabine abzulegen: Kugelschreiber, Uhren, Schlüssel, Geldmünzen, Ohringe, Hörgeräte, Haarspangen, Taschenmesser, Gürtel, BH, o.ä. mit Metallteilen. Bei Kopfuntersuchungen keine Wimperntusche oder Lidschatten auftragen (eisenhaltig!). Bitte weisen Sie uns auf **Tattoos, Permanent -Make -up und Piercings** hin. Piercings müssen entfernt werden. Tattoos und Permanent -Make-up kann Eisenpartikel enthalten, welches zu Verbrennungen auf der Haut führen kann. Scheckkarten und andere elektronische Datenträger **keinesfalls** in den Untersuchungsraum mitnehmen. Sie werden durch den Magneten gelöscht.

### **Achtung: Risiken!!**

**Patienten mit Herzschrittmacher dürfen nicht mit diesem Verfahren (MRT) untersucht werden (Lebensgefahr!)**

Bestimmte Metallimplantate im Körper verbieten die MRT-Untersuchung. Im oder am Körper getragene elektronische Geräte können durch das Magnetfeld in ihrer Funktion beeinträchtigt oder gelöscht werden.

Dieser Aufklärungsbogen wird in unserem Praxisarchiv dokumentenecht abgelegt und kann jederzeit bei Bedarf für Sie ausgedruckt werden

Da die zeitliche Dauer einer MRT-Untersuchung vorher nicht präzise festzulegen ist, kann unser Zeitplan schon einmal überschritten werden. Haben Sie bitte dafür Verständnis, wenn Ihnen trotz aller Vorkehrungen Wartezeit entstehen!

**Bitte beantworten Sie deshalb zur Überprüfung möglicher Risiken umseitig folgende Fragen:**

|   |                              |
|---|------------------------------|
| ??, ??<br>geb.am: ??<br><b>Telefonnummer:</b> | Größe (cm):<br>Gewicht (kg): |
|---|------------------------------|

Haben oder hatten Sie einen Herzschrittmacher?  nein  ja

Tragen Sie elektronische Geräte am oder im Körper?  nein  ja

Tragen Sie eine Insulinpumpe oder einen Blutzucker-Sensor?  nein  ja

Gibt es Metallteile in Ihrem Körper? (Metallprothesen, Clips, Ohrimplantate, Stents, Herzklappenersatz, magnetischen Zahnersatz usw.)  nein  ja

Bitte Implantatpass vorlegen!

**wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

Sind Sie beruflich Metallsplintern ausgesetzt gewesen?  nein  ja

Sind bei Ihnen Operationen am Kopf (Nase, Augen, Ohr, Gehirn, Zähne, Gefäße) durchgeführt worden?  nein  ja

**wann/welche?** \_\_\_\_\_

Hatten Sie Operationen im Bereich der Wirbelsäule?  nein  ja

**wann/welche?** \_\_\_\_\_

Hatten Sie andere Operationen?  nein  ja

**wann/welche?** \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B HIV, Tbc, Hepatitis)?  nein  ja

Könnten Sie schwanger sein/ stillen Sie?  nein  ja

Haben Sie eine Allergie?  nein  ja

Ist eine Krebserkrankung bekannt?  nein  ja

**wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden??  nein  ja

**wann?** \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung**

Ich bin über die zu erfolgende Untersuchung und deren mögliche Gefahren unterrichtet worden und mit ihrer Durchführung einverstanden.  nein  ja

Wenn eine Notwendigkeit besteht, willige ich in eine intravenöse Kontrastmittel-Injektion ein.  nein  ja

Ich wurde über die möglichen Gefahren (umseitig) bei Tätowierungen und Permanent Make -up aufgeklärt und bin mit der Untersuchung einverstanden!  ja

Berlin, den ??

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt