




Patienteninformation und Aufklärung: Magnetresonanztomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

Ihr Name:

Ihr behandelnder Arzt hat für Sie eine **Kernspin-/Magnetresonanztomographie (MRT)** empfohlen. Die Untersuchung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass Ihre Erkrankung detaillierter diagnostiziert wird oder eine vermutete Erkrankung ausgeschlossen werden kann.

 **Bitte beachten Sie, dass wir als Radiologen keine Therapieempfehlungen geben können. Ihr behandelnder Arzt (Überweiser) wird Sie über geeignete Therapien informieren.**

■ Was ist eine Magnetresonanztomographie (MRT)?

Die MRT ist ein **bildgebendes Verfahren**. Bilder werden durch ein **Magnetfeld** in Kombination mit **Radiowellen** gewonnen. Röntgenstrahlen werden nicht eingesetzt. Es ist extrem wichtig, dass Sie **ruhig atmen** und sich während der Untersuchung **nicht bewegen**. Es besteht **Sichtkontakt** zwischen Ihnen und dem Personal mit Sprechverbindung. Für Notfälle bekommen Sie einen Ball in die Hand, der einen **Alarm** beim Personal auslöst, wenn Sie ihn zusammendrücken. Während der Untersuchung treten unbedenkliche **Klopfgeräusche** auf.

■ Sind Komplikationen während der MRT möglich?

Nur in Ausnahmefällen. Bei Angst in engen Räumen (**Klaustrophobie**) sind **Angstzustände** möglich. Die Untersuchung kann jederzeit abgebrochen werden. Patient*innen und Begleitpersonen mit **Herzschrittmachern**, **Neurostimulatoren** und **Insulinpumpen** dürfen **nicht** in den Untersuchungsraum. Manche Implantate sind MRT-tauglich. Legen Sie uns vorhandene Implantatausweise unbedingt vor. **Elektronische Implantate oder Datenträger (z.B. Mobiltelefone, EC-, Kredit- oder sonstige Karten, Blutzuckersensoren (CGM), Herz-Eventrecorder)** können **beschädigt oder Daten unwiederbringlich gelöscht** werden. Wir übernehmen für diese Schäden keine Haftung. Alle **metallhaltigen Gegenstände** sind wenn möglich abzulegen (Zahnersatz, Schmuck, Brille, Piercings, Akupunkturnadeln, Hörgeräte). In sehr seltenen Fällen kann es durch eine Erwärmung von Metallteilen zu **Verbrennungen** kommen. Das Personal wird Sie ggf. bitten **Kleidungsstücke** abzulegen.

■ Welche Komplikationen sind durch das Kontrastmittel möglich?

Die Nebenwirkungsrate der modernen Kontrastmittel ist sehr gering. Durch die intravenöse Injektion kann es sehr selten zu **Blutergüssen**, **Entzündungen** oder **Infektionen** kommen. Sollte es zu einem **Paravasat** kommen, d.h. das Kontrastmittel fließt nicht in das

Blutgefäß (Vene), sondern in das umliegende Gewebe, sind in aller Regel keine schwerwiegenden Komplikationen zu erwarten.

MRT-Kontrastmittel können sich in Geweben (Haut, Knochen, Gehirn) ablagern. Einzige bisher bekannte Erkrankung durch Ablagerungen in der Haut ist die **nephrogene systemische Fibrose (NSF)**. Seit 2009 ist kein neuer NSF-Fall bekannt geworden und die Erkrankung ist bisher **nur bei Patient*innen mit schweren Nierenschäden (sog. Niereninsuffizienz)** aufgetreten. Durch Kontrastmittel (und ggf. zusätzliche Medikamente) können sehr selten **Unverträglichkeitsreaktionen** und **allergische Reaktionen** auftreten. Es handelt sich in den meisten Fällen um milde Reaktionen (z.B. Hautausschlag, Übelkeit).

Schwere allergische Reaktionen bis hin zum lebensbedrohlichen sog. anaphylaktischen Schock mit bleibenden Organschäden sind **sehr selten**.

Bitte trinken Sie in den ersten 24 Stunden nach der Untersuchung sehr viel (Wasser, Tee).

■ Zusätzliche Informationen für Frauen

Informieren Sie uns unverzüglich, wenn Sie schwanger sind oder sein könnten. **In der Frühschwangerschaft (1.-13. Schwangerschaftswoche)** besteht ein **theoretisches Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes**. **Kontrastmittel** darf während der gesamten **Schwangerschaft nicht** gegeben werden. Eine **Spirale (Intrauterinpeessar)** zur Schwangerschaftsverhütung kann sich im Magnetfeld bewegen und die empfängnisverhütende Wirkung kann verloren gehen. Bitte lassen Sie die Spirale nach der MRT von Ihrer Gynäkologin/Ihrem Gynäkologen überprüfen. Das **Abstillen** nach einer Kontrastmittelgabe ist nicht notwendig. Falls Sie auf eigenen Wunsch abstillen möchten wird eine **24-stündige Stillpause** empfohlen.

■ Ablehnung der Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe

Durch eine **Ablehnung** der MRT-Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe können Ihnen **gesundheitliche Nachteile** entstehen. Therapien/Operationen können vielleicht nicht oder erst verspätet durchgeführt werden.

 **Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden:**



Datum



Ihre Unterschrift

Bitte den Fragebogen auf der Rückseite ausfüllen.



Magnetresonanztomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

Haben Sie einen Herzschrittmacher, Event-Recorder oder eine künstliche Herzklappe ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und seit wann ?
Ihre Körpergröße? cm Ihr Körpergewicht? kg	
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Insulinpumpe ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Befinden sich sonstige metallische oder elektronische Implantate in/an Ihrem Körper? Z.B. Stents, Clips, Gelenkprothesen (Hüfte, Knie, Schulter, Wirbelsäule), Metallsplitter, Spirale , Akupunkturnadeln, Neurostimulator , Blutzuckersensor (CGM), Innenohrimplantat (Cochlea-Implantat), Tattoo, Piercing, Zahnspange?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und seit wann ?
Sind bei einer früheren MRT-Untersuchung mit Kontrastmittel Komplikationen aufgetreten?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Ist oder war bei Ihnen eine Infektionskrankheit z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Sind Allergien gegen Kontrastmittel oder andere Stoffe bekannt? Z.B. Medikamente, Latex, Pflaster?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Wurden Sie bereits an der zu untersuchenden Körperregion operiert ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was?
Sind bei Ihnen Lebererkrankungen bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Sind bei Ihnen Nierenerkrankungen oder eine Niereninsuffizienz bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Wurde bei Ihnen eine Leber- oder Nierentransplantation durchgeführt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Platzangst (Klaustrophobie, Angst in engen Räumen)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Lärmempfindlichkeit , Schwerhörigkeit oder einem Gehörschaden?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Name und Ort des Hausarztes (falls nicht Überweiser):	
Zusatzfragen für Frauen: Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche ?

■ Einverständniserklärung

Ich bin mit der Durchführung der MRT-Untersuchung einverstanden:



Ja:

Nein:

Ich bin ggf. mit der Gabe eines **Kontrastmittels** einverstanden:



Ja:

Nein:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit **einverstanden**, dass die Radiologie Betzdorf meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung, Diagnostik und zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen erforderlich ist, an andere Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Leistungserbringer (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) oder Kostenträger (z.B. Krankenversicherung) übermittelt und erforderliche Daten und Befunde bei den genannten Stellen erhebt und für die Zwecke der durch uns durchgeführten Behandlung und Diagnostik verarbeitet und nutzt. Sie können diese Willenserklärung in der Zukunft jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.



Datum



Ihre Unterschrift