




## 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. **Metallhaltige Implantate** (z.B. Schrauben, Platten, Stents usw.), **metallhaltige Gegenstände** (z.B. Zahnersatz, Schmuck, Uhren, Brillen, Piercings, Akupunkturnadeln, Hörgeräte usw.), **Prothesen** (z.B. Hüft-TEP, Knie-TEP usw.), **Epithesen** (z.B. Auge, Ohr, Finger usw.) und **Orthesen** (z.B. Knie- oder Sprunggelenksorthesen/-schienen usw.) führen zu Fehlern in der Bildgebung und krankhafte Befunde können übersehen werden. **Alle entfernbaren metallhaltigen Gegenstände dürfen nicht in den Untersuchungsraum gebracht werden**, sie werden vom starken Magnetfeld des MRT-Geräts angezogen und es kann zu **lebensbedrohlichen körperlichen Verletzungen** kommen. Manche Implantate sind MRT-tauglich. Legen Sie uns Implantatausweise unbedingt vor. Patient\*innen und Begleitpersonen mit **Herzschrittmachern (Lebensgefahr)**, **Defibrillatoren (Lebensgefahr)**, **Neurostimulatoren** und **Insulinpumpen** dürfen **nicht** in den Untersuchungsraum. **Elektronische Implantate, Gegenstände und Datenträger** (z.B. Mobiltelefone, Smartwatches, EC-, Kredit- oder sonstige Chipkarten, Blutzuckersensoren (CGM), Herz-Eventrecorder usw.) können beschädigt oder deren Daten unwiederbringlich gelöscht werden. Wir übernehmen für Schäden keine Haftung. Bleiben metallhaltige Gegenstände oder eines Ihrer Körperteile, an dem sich das entfernbare Metall befindet, durch magnetische Anziehung am Gerät hängen, kann eine für Sie **kostenpflichtige Notabschaltung** des MRT-Geräts notwendig werden. Durch Reparatur- bzw. Instandsetzungskosten und durch Betriebsausfall des MRT-Geräts können für Sie Kosten in Höhe von ca. 150.000,- Euro entstehen. In seltenen Fällen kann es durch eine Erwärmung von metallischen Implantaten und Gegenständen in/an Ihrem Körper zu **Verbrennungen**

kommen. Kommen Sie bitte möglichst mit **metallfreier Kleidung** ohne Ösen, Knöpfe, Reißverschlüsse, BH zur Untersuchung. Bitte tragen Sie Unterwäsche, falls Sie metallhaltige Oberbekleidung ablegen müssen.

### ■ Welche Komplikationen sind durch das Kontrastmittel möglich?


Die Nebenwirkungsrate der modernen Kontrastmittel ist 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)**. Sie 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 mehr als sonst.**

### ■ 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. Ich werde keine entfernbaren metallischen Gegenstände in den Untersuchungsraum bringen.**



Datum



Ihre Unterschrift

**Bitte den Fragebogen auf der Rückseite ausfüllen.**



**Magnetresonanztomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe**

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

■ **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**