




## Patienteninformation und Aufklärung: Magnetresonanztomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen eine **Kernspintomographie/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** erzeugt. Röntgenstrahlen werden nicht verwendet. Es ist extrem wichtig, dass Sie während der Untersuchung ruhig atmen und sich **nicht bewegen**.

Zwischen Ihnen und dem Personal besteht **Sichtkontakt** mit Sprechverbindung. Für den Notfall bekommen Sie einen Ball in die Hand, der beim Zusammendrücken einen Alarm beim Personal auslöst. Während der Untersuchung treten **harmlose 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, Zahnprothesen, 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 **entfernbarer metallhaltigen Gegenstände** dürfen **nicht in den Untersuchungsraum** gebracht werden, da sie von dem starken Magnetfeld des MRT-Gerätes angezogen werden und zu lebensbedrohlichen Verletzungen führen können. 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. Für Schäden wird keine Haftung übernommen. Sollten metallhaltige Gegenstände oder ein Körperteil von Ihnen, an dem sich entfernbares Metall befindet, durch magnetische Anziehung am Gerät haften bleiben, kann eine für Sie **kostenpflichtige Notabschaltung** des MRT-Gerätes erforderlich 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 die Erwärmung von metallischen Implantaten und Gegenständen in/an Ihrem Körper zu **Verbrennungen** kommen. Kommen Sie bitte möglichst in **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 Injektion in eine Vene 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 nur sehr selten schwerwiegende Komplikationen zu erwarten, die einen chirurgischen Eingriff notwendig machen. 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** und treten in der Regel innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Kontrastmittelgabe auf. Innerhalb dieser Zeit halten Sie sich zur Nachbeobachtung in unserer Praxis auf. Es wird geraten innerhalb der ersten Stunde nach Kontrastmittelgabe nicht Auto zu fahren und keine Maschinen zu bedienen. **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. Ein **Abstillen** nach einer Kontrastmittelgabe ist **nicht** notwendig. Wenn Sie auf eigenen Wunsch abstillen möchten wird eine Stillpause von 24 Stunden empfohlen.

### ■ Ablehnung der Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe

Wenn Sie die MRT-Untersuchung oder die Kontrastmittelgabe **ablehnen**, kann das **schwerwiegende gesundheitliche Nachteile** für Sie haben. Dadurch können Therapien oder Operationen 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**



**Patienteninformation und Aufklärung:**  
 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"/><br>Wenn ja, <b>was</b> und <b>seit wann</b> ?         |
| Ihre <b>Körpergröße:</b> <b>cm</b><br>Ihr <b>Körpergewicht:</b> <b>kg</b>  | Ihre <b>E-Mail-Adresse</b> (für zukünftige Terminerinnerungen):   |
| 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.), Metallsplitter, Spirale, Akupunkturnadeln, Neurostimulator, Blutzuckersensor (CGM), Innenohrimplantat (Cochlea-Implantat), Hörgeräte, Tattoo, Piercing, Zahnspange, Gebiss? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>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"/><br>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"/><br>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"/><br>Wenn ja, welche?                                   |
| Wurden Sie bereits an der <b>zu untersuchenden Körperregion operiert</b> ?   | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, was?                                      |
| Sind bei Ihnen <b>Lebererkrankungen</b> bekannt?   | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, welche?                                   |
| Sind bei Ihnen <b>Nierenerkrankungen oder eine Niereninsuffizienz</b> bekannt?   | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, welche?                                   |
| Wurde bei Ihnen eine <b>Leber- oder Nierentransplantation</b> durchgeführt?  | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, <b>was</b> und <b>wann</b> ?              |
| Leiden Sie unter <b>Platzangst</b> (Klaustrophobie, Angst vor engen Räumen)?   | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>   |
| Leiden Sie unter <b>Lärmempfindlichkeit</b> , Schwerhörigkeit oder einem Gehörschaden?   | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>   |
| <b>Name und Ort des Hausarztes</b> (falls nicht Überweiser):   |   |
| <b>Zusatzfrage für Frauen:</b><br>Sind Sie <b>schwanger</b> oder könnten Sie schwanger sein?   | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, in welcher <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. Die Datenverarbeitung zu Zwecken der Qualitätsprüfung ist gesetzlich im SGB V geregelt und bedarf nicht Ihrer Zustimmung.



**Datum**

**Ihre Unterschrift**