



Aufklärung / Einwilligung Kernspintomographie

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

die Kernspintomographie, auch **Magnetresonanztomographie (MRT)** genannt, ist ein diagnostisches Verfahren, mit dem Organe und Körpergewebe ohne Röntgenstrahlen bildlich dargestellt werden können. Dies ermöglicht uns, eine Erkrankung auszuschließen oder krankhafte Veränderungen, die Ihre Beschwerden verursachen können, genau zu erkennen.

Die Untersuchung verwendet keine Röntgenstrahlung sondern ein starkes Magnetfeld und ist dabei völlig schmerzfrei. In dieses Magnetfeld werden Radiowellen eingestrahlt, die den Körper dazu veranlassen, selbst kurzzeitig elektromagnetische Wellen auszusenden. Die Signale werden mittels feiner Antennen gemessen und von einem Computer in sehr genaue Querschnittsbilder der untersuchten Körperregion (Organe, Gewebe, Weichteile, Gelenke) umgesetzt. So können krankhafte Veränderungen exakt nachgewiesen werden.

Manchmal ist es notwendig, **Kontrastmittel** (eine kontrastverstärkende, nicht jodhaltige Substanz mit paramagnetischen Eigenschaften) in eine Armvene zu spritzen, um bestimmte Strukturen deutlicher darstellen zu können. In äußerst seltenen Fällen kann das Kontrastmittel dabei Nebenwirkungen (wie z.B. Überempfindlichkeiten) auslösen.

Während der Untersuchung sind sehr laute Klopfgeräusche zu hören, die völlig normal sind und durch elektromagnetische Schaltungen entstehen.

Metallteile, die in das Magnetfeld gelangen, beeinträchtigen die Untersuchungsqualität und können zu Verletzungen führen! Geld- oder Magnetkarten wie auch Speichermedien können unwiderruflich gelöscht und dauerhaft geschädigt werden.

Deshalb müssen Sie vor dem Betreten des Untersuchungsraumes die nachfolgenden Dinge unbedingt ablegen. Beachten Sie bitte, dass es sich hierbei lediglich um eine beispielhafte Aufzählung handelt und dass wir für Schäden jeder Art keine Haftung übernehmen!

- Uhr, Brille
- Schmuck (inklusive Piercing-Schmuck), Armbänder, Haarnadeln oder Haarspangen
- Brieftasche bzw. Portemonnaie, Ausweise, Bank- und Kreditkarten, Kundenkarten, Speicherkarten, USB-Sticks
- Geldmünzen
- Kleidungsstücke mit Reißverschluss, Metallknöpfen usw.
- Kugelschreiber, Schlüssel und andere Metallteile
- herausnehmbarer Zahnersatz, Zahnspangen, Hörhilfen

Um eine optimale Untersuchung zu gewährleisten, benötigen wir darüber hinaus einige Angaben auf der Rückseite. Diese sind notwendig, um im Einzelfall die bestmögliche diagnostische Aussage treffen zu können.

Bitte wenden ►

▶ Name, Vorname: _____

▶ geb.: _____ ▶ Größe: _____ cm ▶ Gewicht: _____ kg

Befinden sich Metallteile am oder im Körper z. B. Hörgerät, Gefäßclips, Gelenkprothesen, Metallstifte, Granatsplitter, Spirale, Akupunkturnadel, Insulinpumpe, Intraport etc.? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tragen Sie / Ihr Kind einen Herzschrittmacher ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bestehen schwere Nierenfunktionsstörungen oder ist eine Lebertransplantation geplant oder bereits erfolgt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wurden Sie / Ihr Kind schon einmal am Herzen (z.B. künstliche Herzklappe) oder am Kopf operiert ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Besteht eine Allergie oder reagieren Sie / Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Stoffe (z.B. Nahrungsmittel, Pflaster, Medikamente, Histamin)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Besteht eine Augenverletzung, durch Metall-Splitter verursacht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Besteht bei Ihnen eine infektiöse Erkrankung (z.B. Hepatitis, HIV), wenn ja welche: _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Unbekannt	
Nur für Frauen im gebärfähigem Alter: Sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Stillen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Untersuchungsergebnisse von weiteren Untersuchungen mitgebracht, die nicht in unserer Praxis erstellt wurden (z.B. Bilder, Arztbriefe, Laborwerte, CDs)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Dieser Aufklärungsbogen wird in der Radiologie archiviert. Ich verzichte darauf, eine Kopie ausgehändigt zu bekommen.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die geplante Untersuchung einschließlich einer eventuellen Kontrastmittelgabe ein. (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Dortmund, _____

Unterschrift Patient/Patientin/Eltern*

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. ihm das Sorgerecht allein zusteht.

