

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Bitte lesen Sie den folgenden Text zu Ihrer Information durch und füllen den Fragebogen auf Seite 2 aus. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das behandelnde medizinische Personal.

Bei der Magnetresonanztomographie werden anstelle von Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen zur Bilderzeugung Radiowellen in einem starken Magnetfeld verwendet.

Vor der Untersuchung

Bitte legen Sie folgende Gegenstände unbedingt vor der Untersuchung ab: Uhren, Scheckkarten, Hörapparate, Handys, Schmuck, Haarklammern und sämtliche Metallteile

Kleidung mit Metall muss vollständig abgelegt werden, dazu gehören unter anderem Hosen mit Reißverschlüssen oder Metallknöpfen, BHs, sowie Shirts mit Metallapplikationen. In einigen Fällen können auch im Kleidungsstoff selbst metallische Fäden eingearbeitet sein. Bei Bedarf können wir Ihnen geeignete T-Shirts für die Untersuchung zur Verfügung stellen. Transdermale Pflaster (z.B. Schmerzpflaster) und Blutzuckersensoren müssen ebenso entfernt werden.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert je nach untersuchter Körperregion zwischen 5 und 30 Minuten. Während der Untersuchung hören Sie laute Klopfgeräusche. Um eine gute Bildqualität zu gewährleisten ist es wichtig, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegen.

Die Untersuchung wird von medizinischem Personal außerhalb des Untersuchungsraumes überwacht, es besteht durchgehend Sichtkontakt zu Ihnen. Sollte es Probleme während der Untersuchung geben, können Sie mittels eines Notfallballs (Klingel) das medizinische Personal verständigen.

Zu Ihrer Sicherheit beachten Sie bitte:

- Die Augen während des Einfahrens in die Röhre kurz schließen, da zur genauen Positionierung ein Laser verwendet wird
- Arme und Beine nicht überkreuzen, hierdurch kann es in seltenen Fällen zu Rötungen oder Verbrennungen der Haut kommen. Ebenso ist direkter Hautkontakt zur Innenauskleidung der Röhre zu vermeiden
- Bei Tätowierungen, Permanent Make-Up oder künstlichen Wimpern kann es in seltenen Fällen zu Verbrennungen kommen. Bei Auftreten eines Hitzegefühls unbedingt das medizinische Personal verständigen
- Sollten Sie eine Kupferspirale oder eine Goldspirale zur Verhütung verwenden, lassen Sie bitte nach der Untersuchung die Lage sicherheitshalber von Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt kontrollieren

Kontrastmittel

Bei bestimmten Untersuchungen kann es notwendig sein, ein Kontrastmittel mit Gadolinium (einer seltenen Erde) zu verabreichen um die Aussagekraft zu verbessern. Das Kontrastmittel wird Ihnen über einen Venenzugang vor oder während der Untersuchung verabreicht.

Nebenwirkungen durch MRT-Kontrastmittel sind äußerst selten, können jedoch wie bei fast allen Medikamenten im Falle einer Unverträglichkeit von leichten allergischen Reaktionen (z.B. Übelkeit, Kopfschmerzen, Juckreiz) bis hin zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen. In seltenen Fällen kann es an der Einstichstelle zu Schmerzen, einem Bluterguss oder einer Infektion kommen. Sollten bei Ihnen nach der Kontrastmittelgabe Beschwerden auftreten informieren Sie bitte umgehend das medizinische Personal.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

1. **Körpergröße:** _____ **cm** **Körpergewicht:** _____ **kg**
2. Haben Sie einen **Herzschrittmacher** oder **Defibrillator**? Ja Nein
3. Wurden Sie an **Herz** oder **Kopf operiert**? Ja Nein
4. Hatten Sie eine **Augenverletzung** (z.B.: Metall-, Granatsplitter)? Ja Nein
Falls ja, wurden alle Metallsplitter fachmännisch entfernt? Ja Nein
5. Haben Sie ein **Mittelohrimplantat**? Ja, seit _____ Nein
6. Haben Sie einen **biologischen oder mechanischen Herzklappenersatz**? Ja, seit _____ Nein
7. Haben Sie einen **Aneurysmaclip (Gefäßclip) im Schädel**? Ja, seit _____ Nein
8. Haben Sie einen **herausnehmbaren Zahnersatz**? Ja Nein
Falls ja, wie hält dieser im Kiefer? Kleber Druckknopf/Klammern Magnet Sonst.: _____
9. Haben Sie einen **Stent, Gefäßclip**? Ja, seit _____ Nein
10. Haben Sie eine **Schmerzpumpe** oder **Insulinpumpe**? Ja Nein
11. Haben Sie einen **Sensor zur Blutzuckermessung** am Körper? Ja Nein
12. Haben Sie **orthopädische Prothesen, sonstige Metallteile oder Metallsplitter** im oder am Körper? Ja Nein
Falls ja: Was? _____ Wo? _____
13. Leiden Sie an einer **schweren Nierenerkrankung** oder hatten Sie eine **Nieren-Operation**? Ja Nein
14. Nehmen Sie **Medikamente zur Blutverdünnung**? Ja Nein
15. Besteht eine **Kontrastmittelüberempfindlichkeit** (Allergie)? Ja Nein
16. Haben Sie **Tätowierungen, Permanent Make-up** o. **künstliche Wimpern**? Ja Nein
17. Für Frauen: **Sind Sie schwanger**? Ja Nein
Stillen Sie gerade? Ja Nein
Sind Sie Trägerin einer **Gold- bzw. Kupferspirale oder -kette**? Ja Nein

Ich bestätige hiermit, dass ich das Aufklärungsblatt gelesen, verstanden und nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der vorgeschlagenen Untersuchung zu und bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Baden, am _____ Unterschrift: _____

Anmerkungen des med. Personals:	Kürzel:
---------------------------------	---------