



Name, Vorname:	Größe:
Geburtsdatum:	Gewicht:

Aufklärungsbogen für die Magnetresonanztomographie

Was ist eine Magnetresonanztomographie?

Bei der Magnetresonanztomographie werden mit Hilfe von Magnetfeld und Radiowellen Signale von bestimmten Körperregionen gemessen und ein Computer erstellt daraus Querschnittsbilder. So können krankhafte Veränderungen exakt nachgewiesen werden, ohne Anwendung von Röntgenstrahlung. Eine schädigende Wirkung der MRT ist nach dem derzeitigen Stand nicht bekannt.

Wann darf keine MRT-Untersuchung durchgeführt werden?

Wenn Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator tragen, ist bei Ihnen eine MRT-Untersuchung bei uns nicht möglich, da der Magnet die Funktion des Gerätes stören kann. Bei metallischen Fremdkörpern (Metallsplitter, Clips) im Gehirn, Augapfel, in der Lunge oder nahe großen Blutgefäßen und bei Cochlea-Implantaten führen wir eine MRT-Untersuchung aus sicherheitstechnischen Gründen ebenfalls nicht durch.

Was erwartet Sie während der Untersuchung?

Sie werden auf dem Untersuchungstisch gelagert und anschließend in den Magneten hinein gefahren. Es ist wichtig, dass Sie die gesamte Untersuchungszeit ruhig liegen, da die geringste Bewegung Bildstörungen verursacht und die genaue Beurteilbarkeit der Bilder einschränkt. Der kurze, an beiden Enden offene Tunnel, ist angenehm klimatisiert.

Während der Untersuchung entstehen zum Teil sehr laute Klopfgeräusche, die völlig normal sind. Gegen dieses Klopfen erhalten Sie von uns einen wirksamen Gehörschutz.

Die Magnetresonanztomographie ist eine sehr risikoarme Untersuchung. Sehr selten kann es zu leichten Kopfschmerzen oder Ohrgeräuschen kommen, welche in den Tagen nach der Untersuchung wieder abklingen sollten. Auch Hautreizungen, Schwellungen oder Wärmegefühl durch metallhaltige Farbstoffe in Make-up oder Tätowierungen sind im Einzelfall möglich.

Sollten Sie sich während der Untersuchung unwohl fühlen, machen Sie sich bitte mit der Notfallklingel bemerkbar. Leiden Sie unter Platzangst, können wir Ihnen nach Absprache ein Beruhigungsmittel geben.

Die durchschnittliche Untersuchungszeit liegt bei etwa 20 – 30 Minuten.

Abhängig von der Fragestellung kann es erforderlich sein, ein spezielles Kontrastmittel zu verabreichen, welches innerhalb von 24 Stunden über die Nieren ausgeschieden wird. MR-Kontrastmittel sind sehr gut verträglich, allerdings können leichte in sehr seltenen Fällen auch schwere allergische Reaktionen auftreten. Sollten Sie unter einer Nierenfunktionsstörung leiden, darf bei Ihnen unter Umständen kein Kontrastmittel appliziert werden.

Nach der Untersuchung:

Trinken Sie viel, um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu unterstützen. Falls Sie ein Beruhigungsmittel erhalten haben, müssen Sie sich von einer erwachsenen Person abholen lassen und dürfen den restlichen Tag nicht am Straßenverkehr teilnehmen und keine Maschinen führen.

Die Bilddaten werden am Computer vom Arzt ausgewertet und der Befund innerhalb von drei bis fünf Tagen an Ihren überweisenden Arzt geschickt.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an unser Praxispersonal.

BITTE HELFEN SIE UNS, INDEM SIE DEN UMSEITIGEN FRAGEBOGEN AUSFÜLLEN!



PRAXIS FÜR RADIOLOGIE

BAG Dr. Richter & Dr. Stumpp

Praxis Grimma
Kleiststraße 5
04668 Grimma
Anmeldung und Terminvergabe
unter: 03437 - 93781813

Name, Vorname:	Größe:
Geburtsdatum:	Gewicht:

Fragebogen für die Magnetresonanztomographie

Metallteile, die in das Magnetfeld gelangen, können zu Verletzungen und Bildfehlern führen! Legen Sie deshalb bitte vor der Untersuchung sämtliche metallische Gegenstände ab, z.B. Hörgeräte, Geldbörse, Brille, Uhr, Schlüssel, Zahnprothesen, Haarspangen, etc...

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig, damit wir Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und spezielle Risiken besser abschätzen können.

Fragen	Ja	Nein
Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe/Schmerzpumpe/-pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- oder Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augeninnendruckhöhung (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche (Tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Platzangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen	Ja	Nein
Infektionskrankheiten (z. B. HIV, Hepatitis) welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Metallteile / Implantate / Stents / Clips im Körper? welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bringen Sie bitte einen vorhandenen Implantatausweis mit		
Wurde schon ein MRT durchgeführt? Untersuchungsort? Körperregion? wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft/Stillperiode (FRAUEN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notizen / Anmerkungen:

.....

.....

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine personen- bzw. untersuchungsbezogenen Daten für den Zweck der Be- und Weiterbehandlung auf Grundlage DSGVO/BDSG gespeichert und übermittelt werden dürfen. Die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift Patient

Ich bestätige, dass ich die Erläuterungen zur MRT-Untersuchung sorgfältig gelesen und verstanden habe.

Über die bestehenden Risiken fühle ich mich ausreichend informiert, habe keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der Untersuchung und der damit ggf. verabreichten Kontrastmittelgabe einverstanden.

Datum

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient

EINE KOPIE DES AUFKLÄRUNGSBOGENS WURDE AUSGEHÄNDIGT.