PRAXIS FÜR RADIOLOGIE
BAG Dr. Richter & Dr. Stumpp

Praxis Grimma
Kleiststraße 5
04668 Grimma
Anmeldung
(03437) 93781811

Praxis Wurzen
Kutusowstraße 70
04808 Wurzen
Anmeldung
(03437) 93781821

Sekretariat (03437) 93781816/-17
Fax (03437) 93781819
Website: www.radiologie-muldental.de
E-Mail: praxis@radiologie-muldental.de

Aufklärungsbogen für die Magnetresonaztomographie

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 sein 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 volljährigen 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 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
(03437) 93781811

Praxis Wurzen
Kutusowstraße 70
04808 Wurzen
Anmeldung
(03437) 93781821

Sekretariat (03437) 93781816/-17
Fax (03437) 93781819
Website: www.radiologie-muldental.de
E-Mail: praxis@radiologie-muldental.de

Name, Vorname:	Größe:
Geburtsdatum:	Gewicht:

Fragebogen für die Magnetresonaztomographie

Metallteile, die in das Magnetfeld gelangen, können zu Verletzungen und Bildfehlern führen!

Legen Sie bitte vor der Untersuchung sämtliche metallische Gegenstände ab.

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

Fragen	Nein	Ja
Herzschrittmacher/Defibrillator	☐	☐
Insulin-/Schmerzpumpe/ Medikamentenpflaster	☐	☐
Blutzuckersensor	☐	☐
Metallteile/Implantate/Clips *welche:*	☐	☐
Kontrastmittelallergie	☐	☐
Herzrhythmusstörung	☐	☐
Ohrgeräusche (Tinnitus)	☐	☐

Fragen	Nein	Ja
Nieren- oder Lebererkrankung	☐	☐
Infektionskrankheiten (z. B. HIV, Hepatitis) *welche:*	☐	☐
Wurde ein bildgebendes Verfahren in den letzten 10 Jahren durchgeführt? Praxis/Krankenhaus/Körperregion *wann/was:* *wo:*	☐	☐
Leiden Sie unter Platzangst?	☐	☐
Schwangerschaft/Stillperiode (Frauen)	☐	☐

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*

Die Aushändigung einer Kopie dieses Aufklärungsbogens nach der Untersuchung steht Ihnen zu.
Bitte sprechen Sie uns an.