



## Informationen für unsere Patienten zur Magnetresonanztomographie

VIRCHOWSTRASSE 122  
45886 GELSENKIRCHEN  
TELEFON: 0209 / 172 - 4000  
TELEFAX: 0209 / 172 - 4099

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Magnetresonanztomographie, auch MRT oder Kernspintomographie genannt, soll krankhafte Veränderungen für den Arzt sichtbar machen. Anstelle von Röntgenstrahlen werden zur Darstellung Ihres Körpers Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Damit sind Informationen zu erhalten, die mit anderen Methoden nicht zu gewinnen sind.

### Mögliche Komplikationen

Schädigende Wirkungen sind nach dem derzeitigen Stand unseres Wissens nicht bekannt. Ein bestimmter Personenkreis kann jedoch – um Risiken zu vermeiden – mit dieser Methode nicht untersucht werden. Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen:

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind in Ihrem Körper Metallteile? Hierzu zählen z.B.: Metallprothesen, Metallclips, Metallsplitter (auch Granatsplitter), Insulin-/Infusionspumpen, Herzklappen, Stimulationssonden, Mittelohrprothesen, Schrauben in Knochen. <i>Festsitzende Zahnprothesen/-füllungen stören nicht, entfernbare Prothesen bitte herausnehmen!</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Waren Sie jemals als Metallarbeiter tätig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Könnten Sie schwanger sein?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tragen Sie bitte Ihr Körpergewicht ein!   |                          | kg                       |

### Durchführung der Untersuchung

Sie liegen bekleidet auf einer beweglichen Liege, die sich langsam ungefähr 1 bis 2 m in die etwa 50 cm große Öffnung des Gerätes bewegt. Je nach Umfang beträgt die Gesamt-Untersuchungszeit bis zu einer Stunde. Während der einzelnen Messungen, die jeweils 1-15 Minuten dauern und während denen Sie ein Klopfgeräusch hören, sollten Sie ruhig und entspannt liegen. Während der Untersuchung stehen wir in ständigem Kontakt mit Ihnen.

## Bitte beachten Sie

Legen Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes *Uhr, Wertsachen, Schmuck, Kugelschreiber, Scheckkarten mit Magnetstreifen, Haarspangen, Haarteile, Augen-Makeup, Kleidungsstücke mit Metallteilen (z.B. Reißverschluss, Druckknöpfe), Zahnprothesen, Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte und alle anderen Metallteile* in der Kabine ab.

## Einwilligung zur Magnetresonanztomographie

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet. Ich stimme der Untersuchung zu.

Datum: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Zeuge: \_\_\_\_\_

Als Erziehungsberechtigter bzw. Vormund stimme ich der Untersuchung meines Kindes zu und erkläre hiermit, dass eine Einwilligung meines miterziehungsberechtigten Partners als gegeben vorausgesetzt werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Zeuge: \_\_\_\_\_

## Einwilligung zu einer Kontrastmitteluntersuchung

Es ist bei Ihnen die Durchführung einer Kontrastmitteluntersuchung geplant. Diese Untersuchung ist notwendig für die Diagnosestellung und eventuelle spätere Therapie.

Bei dem verwendeten Kontrastmittel handelt es sich um ein Gadolinium-Präparat, ein speziell für die Kernspintomographie entwickeltes Kontrastmittel. Es handelt sich dabei um ein sehr gut verträgliches Kontrastmittel. Sehr selten wurden leichte Nebenwirkungen wie kurzzeitige lokale Wärme bzw. Schmerzgefühle in Zusammenhang mit der Venenpunktion und der Kontrastmittelinjektion beschrieben. Bei rascher Injektion können in manchen Fällen Geschmacksempfindungen auftreten. Allergische Reaktionen sind möglich.

Notizen des aufklärenden Arztes:

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass aus ärztlicher Sicht eine Indikation für die Anwendung des Kontrastmittels besteht. Ich willige hiermit in die Untersuchung ein.

Datum: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Zeuge: \_\_\_\_\_

**Nur bei Kindern:** Als Erziehungsberechtigter bzw. Vormund stimme ich der Kontrastmitteluntersuchung meines Kindes zu und erkläre hiermit, dass eine Einwilligung meines miterziehungsberechtigten Partners als gegeben vorausgesetzt werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Zeuge: \_\_\_\_\_