



# RADIOLOGIE HOHELUF

## DOKUMENTIERTE PATIENTENAUFKLÄRUNG BASISINFORMATION ZUM AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

### KERNSPINTOMOGRAPHIE (MRT)

Magnetische Resonanz-Tomographie

**Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,** die Kernspintomographie (MRT) ermöglicht der Ärztin/dem Arzt, bei Ihnen/Ihrem Kind eine Erkrankung auszuschließen oder krankhafte Organ- Wirbelsäulen- oder Gelenkveränderungen bildlich darzustellen, um die Ursache vorhandener Beschwerden genauer beurteilen zu können. Diese Untersuchungsmethode erspart u. U. Gewebeentnahmen oder Operationen. Ferner erlaubt sie Verlaufskontrollen nach Operationen oder Strahlentherapie, z. B. bösartiger Tumoren. In einem persönlichen Gespräch werden Sie über den Ablauf und über die möglichen Risiken und Folgen der Untersuchung informiert, damit Sie sich entscheiden und in die Untersuchung einwilligen können. Dieser Aufklärungsbogen soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

#### Was ist eine Kernspintomographie?

Die Kernspintomographie (MRT) dient zur bildlichen Darstellung des Körpers ohne Röntgenstrahlen. Hierbei treffen Radiowellen, die in einem Magnetfeld erzeugt worden sind, auf den Körper, der die Signale zurückschickt (Echosignale). Die Echosignale werden von einer hochempfindlichen Antenne aufgefangen und im Computer ausgewertet.

#### Wie läuft die Untersuchung ab?

Je nach Gerätetyp und Fragestellung läuft die Untersuchung unterschiedlich ab. In der Regel jedoch liegen Sie in einem speziellen Raum auf einer Liege, die sich langsam in eine 70-100 cm große Öffnung des röhrenförmigen Magneten hineinbewegt. Die Röhren unserer Geräte haben einen weiten Durchmesser und sind auch hinten offen, sodass Platzangstgefühle seltener sind.

Im Einzelfall können wir Ihnen vor der Untersuchung auch ein Beruhigungsmittel (i.d. Regel Tropfen oder Tabletten) verabreichen. Bitte informieren Sie uns hierüber möglichst schon bei der Terminvergabe, da noch eine gewisse Zeit bis zum Wirkeintritt vergeht. Außerdem sollten Sie dann eine Begleitperson mitbringen oder anrufen, die Sie nach der Untersuchung nach Hause bringen kann, da Sie mit einer vorübergehenden Einschränkung Ihrer Straßenverkehrstauglichkeit rechnen müssen und in den folgenden 24 Stunden kein Kraftfahrzeug oder Zweirad steuern und nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten dürfen.

Während der Untersuchung sind sehr laute Klopfgeräusche zu hören, die völlig normal sind und von elektronischen Schaltungen herrühren.

Die durchschnittliche Untersuchungszeit liegt bei etwa 30 Minuten. In dieser Zeit werden mehrere Dutzend Bilder aufgenommen. Eventuell sind für die Untersuchung mehrerer Regionen aus Sicherheitsgründen und für die Gewährleistung einer guten Bildqualität zwei Untersuchungstermine an verschiedenen Tagen nötig. Während der Untersuchung müssen Sie ruhig bleiben und gleichmäßig atmen. Jede Be-

wegung verursacht Bildstörungen und beeinflusst die Beurteilung der Bilder.

#### Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Die Untersuchung verläuft in der Regel ohne Komplikationen und ohne Strahlenbelastung. Sie stellt kein Risiko für Sie dar, solange Sie die Sicherheitsbestimmungen einhalten. Gelegentlich können folgende Reaktionen auftreten: Bei Anwendung des Kontrastmittels werden nur gelegentlich geringfügige Nebenwirkungen wie z.B. Übelkeit und Allergien beobachtet. Tätowierungen oder Make up können, wenn sie metallhaltige Farbstoffe enthalten, zu Hautreizungen führen.

#### Worauf ist zu achten?

##### Vor der Untersuchung:

Metallteile, die in das Magnetfeld gelangen, können zu Verletzungen führen. Legen Sie deshalb folgende Gegenstände vor dem Betreten des Untersuchungsraumes ab:

- Uhr, Brille, Schmuck, Scheckkarten mit Magnetstreifen (werden gelöscht), Metallteile an der Kleidung (z.B. Gürtelschnallen), Geldmünzen, Kugelschreiber, Schlüssel und andere Metallteile (z.B. Haarspangen, Brillen), Zahnersatz, Hörhilfe

Bringen Sie, wenn möglich, alle bisher vorhandenen Röntgenbilder der zu untersuchenden Körperregionen mit (z.B. Wirbelsäulen- und Gelenkaufnahmen, Mammographie, Computertomographie). Sie erleichtern uns damit die Auswertung ihrer Untersuchungsergebnisse.

##### Nach der Untersuchung:

Es gibt nach der Untersuchung in der Regel für Sie keine Einschränkungen. Wenn Sie ein Kontrastmittel gespritzt bekommen haben, achten Sie in den folgenden Tagen auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, um die Nierentätigkeit anzuregen, da die Nieren das Kontrastmittel wieder ausscheiden. Wurde Ihnen ein Beruhigungsmittel verabreicht, lassen Sie sich bitte nach Hause begleiten.

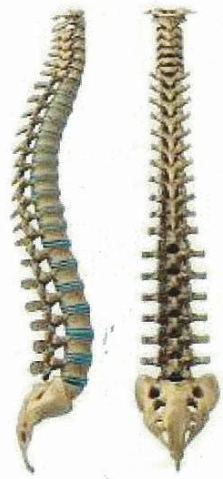
# Symptombezogene Anamnese und Untersuchung Wirbelsäule und Iliosacralgelenke:

## Patientendaten:

## Wir benötigen folgende Informationen:

1. Wurde ein Herzschrittmacher eingepflanzt?  
 nein  ja
2. Befinden sich Implantate mit Funktion im Körper (z.B. Medikamentenpumpen, Neurostimulatoren, Cochleaimplantate)?  
 nein  ja
3. Befinden sich Metallteile im Körper (z.B. Spirale, künstliche Gelenke, Zahnimplantate, Granatsplitter)?  
 nein  ja
4. Wurden Operationen am Herzen oder am Kopf durchgeführt?  
 nein  ja

Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?  
(Taubheitsgefühl, kribbeln, ziehen ins Gesäß, Beine/Füße, Arme, Hände/Finger )



## Einwilligungserklärung:

Über die geplante Untersuchung hat mich/uns Frau/Herr \_\_\_\_\_ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich/konnten wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen z. B. über die Art und Bedeutung der Untersuchung, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie auch über Alternativen stellen. Ich habe/Wir haben keine weiteren Fragen, fühle mich/fühlen uns ausreichend aufgeklärt und willige/willigen hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersu-

5. Ist eine Nierenerkrankung bzw. Nierenfunktionsstörung bei Ihnen bekannt?  
 nein  ja
6. Sind Unverträglichkeitsreaktionen auf Kontrastmittel bei Ihnen bekannt?  
 nein  ja
7. Gebärfähige Frauen: Könnten Sie schwanger sein?  
 nein  ja
8. Stillen Sie im Moment?  
 nein  ja
9. Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
10. Gibt es Vorerkrankungen ( Tumor, Rheuma, HIV, Hepatitis, Infarkt)  
 nein  ja, wenn welche? \_\_\_\_\_
11. Sind Sie bereits an der zu untersuchenden Region operiert?  
 nein  ja, wann \_\_\_\_\_
12. Hatten Sie einen Unfall ?  
 nein  ja, wann \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes/des Assistenten

chung ein. **Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe (oral und/oder intravenös) bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern

\*Grundsätzlich sollten beide Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.