



**Bitte dieses Formular ausfüllen, ausdrucken,
unterschreiben und mit in die Praxis bringen.**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Auf Veranlassung Ihres Arztes soll bei Ihnen eine Kernspintomographie (MRT, Magnetresonanztomographie) durchgeführt werden. Bitte lesen Sie sich dieses Merkblatt sorgfältig durch, beantworten Sie die Fragen und händigen uns das Merkblatt aus, wenn wir Sie zur Untersuchung aufrufen.

Wie verläuft die Untersuchung?

Sie liegen auf einer beweglichen Untersuchungsliege, die sich langsam in die 70 cm weite Öffnung des Gerätes bewegt. Der Magnet ist an beiden Enden offen. Die lauten Klopferäusche, die Sie hören, beruhen auf elektromagnetischen Schaltungen. Zur Vermeidung einer Lärmbelastigung erhalten Sie von uns Kopfhörer oder Gehörschutzstöpsel. Eine Untersuchung dauert ca. 15 Minuten.

Einschränkungen:

Wir möchten die Untersuchung für Sie so sicher wie möglich gestalten. Die folgenden Fragen dienen der Abschätzung eines eventuellen Risikos, bitte lesen Sie sich die Fragen sorgfältig durch und beantworten sie genau.

Größe _____ **cm** **Gewicht** _____ **kg**

Gab es Probleme bei einer vorangegangenen MRT Untersuchung? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie einen operativen Eingriff an Kopf oder Herz? Ja Nein

Wenn ja, welchen? _____

Hatten Sie eine Fremdkörperverletzung am Auge? (Metall?) Ja Nein

Bei Trägern nachfolgender Produkte kann die Untersuchung meist nicht durchgeführt werden, es sei denn, die Unbedenklichkeit ist gesichert und schriftlich dokumentiert.

Tragen Sie ein elektronisches, mechanisches oder magnetisches Implantat: Ja Nein

Wenn ja, welches:

Herzschrittmacher? Ja Nein

Aneurysmaclip? Ja Nein

Implantierter Defibrillator? Ja Nein

Neuro- oder Biostimulator? Ja Nein

Cochleaimplantat? Ja Nein

Medikamentenpumpe? Ja Nein

Event-Rekorder? Ja Nein

**Wenn eine der oben stehenden Fragen mit JA beantwortet wurde,
rufen Sie bitte vor dem Besuch unserer Praxis persönlich an – Telefon 06421 590 690**

Befinden sich sonstige Metallteile an oder in Ihrem Körper?

Ja Nein

Hierunter fallen beispielhaft, aber nicht ausschließlich:

Osteosynthesematerial (Schrauben, Platten, Fixateurs), Gelenkersatz (Endoprothesen) oder Bandscheibenersatz. Ebenso interne Elektroden oder Drähte, Herzklappen, Stent, Gefäßfilter u.ä. Gehörknöchelchenimplantate, künstliches Auge, Prothesen, auch Penisprothesen, Hörgeräte, Orthesen, Piercings, Haarspangen, Tattoos, Eyeliner, Medikamentenpflaster.

Wenn ja, welche: _____

Auch wenn die Untersuchung in diesen Fällen meist durchführbar ist, benötigen wir diese Information, um mögliche Risiken erkennen zu können.

Schwangerschaft:

Es gibt keine bekannten Risiken für MRT Untersuchungen während einer Schwangerschaft. Dennoch sollte aus Vorsichtsgründen eine MRT Untersuchung während einer Schwangerschaft nur durchgeführt werden, wenn es unbedingt nötig ist und die Untersuchung zu unmittelbaren, nicht verschiebbaren Behandlungskonsequenzen führt:

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____

Sollten Sie kürzlich entbunden haben: Stillen Sie Ihr Kind?

Ja Nein

Kontrastmittel:

Manche Untersuchungen erfordern die Gabe eines paramagnetischen Kontrastmittels. Diese Kontrastmittel gelten nach millionenfacher Anwendung als sehr sicher. In Einzelfällen kann es jedoch zu allergischen Nebenwirkungen kommen.

Manchmal kommt es während der Kontrastmittelgabe zu einem Wärmegefühl, selten kann es zu Übelkeit oder zu allergischen Hautreaktionen kommen. Extrem selten kann es zu Atemnot, allergischen Kreislaufreaktion bis hin zu einem anaphylaktischen Schock kommen.

Gab es bei einer vorangegangenen Kontrastmittelgabe Probleme?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Werden Sie wegen einer Einschränkung der Nierenfunktion behandelt?

Ja Nein

Ist bei Ihnen Hepatitis oder HIV bekannt?

Ja Nein

Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden.

Ja Nein

Bitte befolgen Sie folgende Anweisungen:

Bitte benutzen Sie den Gehörschutz, den wir Ihnen zur Verfügung stellen.

Legen Sie alle metallhaltigen Gegenstände ab. Dies gilt auch für Schmuck, Haarklammern/Spangen o. ä., Zahnersatz, Hörgeräte, Uhr, Brille und Piercings und Handy's.

Nehmen Sie bitte kein Geld, keine Bank-, Kredit- oder andere Karten, die einen Magnetstreifen haben, mit in den Untersuchungsraum.

Während der Untersuchung sollten sie ruhig und entspannt liegen. Sollten Sie an Klaustrophobie (Platzangst) leiden, sagen Sie uns dies bitte vorher. In den meisten Fällen ist die Untersuchung trotzdem durchführbar. Vielfach hilft die Mitnahme einer Begleitperson.

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen, verstanden und versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Name in Druckschrift

Geburtsdatum

Unterschrift