



Radiologisches Zentrum
Alte Saline

Dr. med. Robert Küttner – Dr. med. univ. Stephan Ortner
Dr. med. univ. Eduard Kurkowski
Alte Saline 1, 83435 Bad Reichenhall
Tel. 08651/965180, FAX. 08651/9651818, E-Mail: info@radiag.de

Kernspintomographie (KST) Magnetresonanztomographie (MRT, MRI)

Aufklärungsbogen

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Bei Ihnen soll eine Kernspintomographie durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um eines der modernsten bildgebenden Verfahren, bei dem durch Magnetfelder und Radiowellen (jedoch *ohne Röntgenstrahlen* und *ohne radioaktive Stoffe*) genaueste Bilder von Organen und Körperteilen angefertigt werden und Erkrankungen dargestellt werden können.

Zur *Untersuchung* liegen Sie auf einem Untersuchungstisch und ein Teil des Körpers in einer Röhre, die bei modernen Geräten wie hier relativ kurz und an beiden Enden ganz offen ist. Insbesondere während der Messzeiten, die Sie durch laute Klopfgeräusche erkennen, sollten Sie ganz ruhig liegen, ansonsten können die Aufnahmen evtl. nicht beurteilt werden. Die Untersuchung dauert etwa 15 – 30 Minuten.

In einigen Fällen geben wir Ihnen ein *jodfreies* Kontrastmittel in eine Armvene, das in sehr seltenen Fällen zu allergischen Reaktionen führen kann. Schädigungen durch die bei uns verwendeten Magnetfelder (**3.0 Tesla**) sind nicht zu erwarten. Allerdings sind folgende Einschränkungen zur Vermeidung von Unfällen zu beachten:

- Patienten mit **Herzschrittmacher** und **Cochleaimplantaten** (implantiertes Hörgerät) dürfen nicht untersucht werden, da es durch das Magnetfeld zu Funktionsstörungen kommen kann.
- Metallteile im Körper (Metallsplitter, Gefäßklammern nach Operationen) können durch Verlagerungen zu Schäden führen. Künstliche Hüftgelenke und Platten, z.B. nach Knochenbrüchen stellen im Allgemeinen keine Gefahr dar, sollten uns jedoch berichtet werden.
- Bei Frauen mit einem Intrauterinpessar („Spirale“), kann nach der Untersuchung möglicherweise der Empfängnischutz beeinträchtigt sein. Daher wird nach erfolgter MRT-Untersuchung eine gynäkologische Kontrolle vor dem nächsten Sexualkontakt empfohlen.
- Patienten mit Nierenfunktionsstörungen / Nierenschäden dürfen nur in besonderen Fällen Kontrastmittel erhalten.
- Kontrastmitteluntersuchungen bei Schwangeren sollten, auch wenn bisher keine Schädigung bekannt ist, nur bei strenger Indikationsstellung durchgeführt werden.
- In der Umkleidekabine, vor Betreten des Untersuchungsraumes, sollten Sie bitte folgende Gegenstände ausnahmslos ablegen:

Gesamte Oberbekleidung (Hose, Pulli, Schuhe), Bekleidung mit Metallteilen (Reißverschlüsse, Knöpfe, BH), Hörgeräte, Zahnprothesen, Uhr, Brille, Schmuck (Ohrringe, Halsketten etc.), Haarspangen, Scheck/Kreditkarten (werden sonst gelöscht), Metallteile wie Münzen, Schlüssel, Kugelschreiber, Feuerzeug u.a.

- Bitte schließen Sie die Wertgegenstände in der Kabine ein. Den Schlüssel legen Sie bitte im Untersuchungsraum rechts in die Ablage. Für liegen gebliebene Gegenstände wird nicht gehaftet.

Zum Ausfüllen bitte wenden →

Patient: _____ geb. _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Bitte nehmen Sie alle technischen Geräte ab !!

- | | | | |
|------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Tragen Sie einen | Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Insulinpumpe? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Hörgerät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Cochleaimplantat ?
(implantiertes Hörgerät) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bei Frauen: | Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine | Nierenfunktionsstörung/
Nierenschaden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bei „ja“ informieren Sie bitte eine Mitarbeiterin !

Körpergewicht: _____ kg

Welcher **Körperteil** soll untersucht werden?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Knie rechts/links | <input type="checkbox"/> Schulter rechts/links | <input type="checkbox"/> Hand rechts/links |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Hüfte rechts/links |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenk/Fuß rechts/links | <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Sind **Metallteile/-splitter** in Ihrem Körper bekannt? Wenn ja, wo?

Ihre **Beschwerden** (Grund für Untersuchung) z.B. Schmerzen: **Wo? Links / Rechts ?**

Hatten Sie **Operationen** im Bereich des zu untersuchenden Körperteils? Wenn ja:

(Welche?)

(Wann?)

Unfälle oder Sturz?

Wenn ja:

(Welche?)

(Wann?)

Einwilligungserklärung zur Datenverwendung:

Ich erkläre mich einverstanden, dass Anforderungen von Daten, die zu einer genaueren Befunderhebung beitragen, wie z.B. Arztberichte bzw. Vergleichsaufnahmen, entsprechend dem neuen Datenschutzgesetz angefordert, übermittelt und weitergereicht werden dürfen. Unseren Datenschutzaushang finden Sie im Wartezimmer.

Ich habe den Aufklärungsbogen verstanden und alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Untersuchung und der evtl. Gabe von Kontrastmittel bin ich einverstanden.

Ort, Datum

(Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter)