



Aufklärungsformular: Magnetresonanztomographie (MRT)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, bei Ihnen/Ihrem Kind soll eine Magnetresonanztomographie (MRT, auch Kernspintomographie) durchgeführt werden.

Die Magnetresonanztomographie ist eine Methode, die die unterschiedliche Magnetisierbarkeit menschlicher Gewebe in einem starken Magnetfeld (1.5 Tesla) ausnutzt, um hochwertige Bilder einzelner Organe oder ganzer Körperregionen anzufertigen.

Eine Schädigung des Patienten durch elektromagnetische Felder dieser Art und Stärke ist nicht bekannt und auch physikalisch nicht zu erwarten. Röntgenstrahlen werden nicht angewandt.

Während der Untersuchung liegen Sie auf einer bequemen Untersuchungsfläche mit einem Teil Ihres Körpers in der 70 cm großen Öffnung der

MRT Röhre. Diese ist zu beiden Seiten offen.

Die klopfenden Geräusche, die durch das schnelle An- und Abschalten der Magnetspulen entstehen, können Sie während der Untersuchung hören. Zum Schutz erhalten Sie Kopfhörer, gerne auch mit Musikeinspielung. Die Untersuchung dauert zwischen ca. 15 bis 30 Minuten. Bitte verhalten Sie sich während der Klopfgeräusche besonders ruhig, damit die Qualität der Bilder nicht leidet und das Ergebnis der Untersuchung in Ihrem eigenen Interesse möglichst aussagekräftig wird. Wenn zwischen den einzelnen Aufnahmen das Klopfgeräusch aufhört, können Sie Ihre Finger und Zehen etwas bewegen.

Während der gesamten Untersuchung besteht Sichtkontakt zu Ihnen, jederzeit auch gegenseitiger Sprechkontakt sowie eine permanente Monitorüberwachung.

Was ist zu beachten:

Metallteile werden im Magnetfeld angezogen und können zu Verletzungen führen. Wir bitten Sie deshalb, vor Betreten des Untersuchungsraumes folgende Gegenstände **abzulegen**:

- ✓ Schmuck (Uhr, Piercing, Haarspangen, Perücken), Brille, Hörgeräte

- ✓ Gürtel, BH, lose Metallteile
- ✓ Akupunkturnadeln,
- ✓ Karten mit Magnetstreifen, Handy
- ✓ Schlüssel, Münzen,
- ✓ Zahnprothese und Kugelschreiber.

Bitte beantworten Sie auch **folgende Fragen** sorgfältig und fragen Sie bitte ggfs. bei einem unserer Assistenten nach:

- | | |
|---|--|
| 1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher , Herzklappe, Defi? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> | 6. Leiden Sie an einer Infektions- oder Tumorerkrankung ? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie in Ihrem Körper Metallteile (z.B. Metallprothesen, Gefäßclips, Insulin-/ Zytostatikapumpen, Granatsplitter etc.?) N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> | 7. Tragen Sie eine Spirale ? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie bereits einmal operiert :
a) Kopf / Hals N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
b) Innenohr N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
c) Herz / Gefäße N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> | 8. Haben Sie Platzangst? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie bekannte Allergien ? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> | 9. Könnten Sie schwanger sein? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
Stillen Sie? N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie an einer Leber- oder Nieren- erkrankungen N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> | 10. Gewicht _____ kg
(maximal 140 kg möglich!) |
| | 11. Körpergröße _____ cm |

Mit der evtl. Gabe eines **intravenösen Kontrastmittels** bin ich **einverstanden**. N J

Bitte wenden



Die Entscheidung über die Notwendigkeit des Einsatzes eines solchen Kontrastmittels (KM) ergibt sich häufig erst während der Untersuchung selbst. Das KM ist gadoliniumhaltig und enthält kein Jod.

Überempfindlichkeitsreaktionen klingen meist von selbst ab. Schwere **allergische Reaktionen** sind sehr selten, aber nicht ganz auszuschließen. Bei schweren Störungen der **Leberfunktion** und **Nierenfunktion** nehmen wir von der KM-Gabe Abstand.

Ihre Fragen :

Einwilligungserklärung

Über die geplante Untersuchung, Art und Durchführung, spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie alternative Untersuchungsmethoden wurde ich in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert.

Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit während der Untersuchung erforderlichen Neben- und Folgemaßnahmen bin ich ebenfalls einverstanden.

Bitte hier unterschreiben

Berlin, den

Name: Patientin/Patient/Betreuer/Eltern*

Ärztin/Arzt

Fehlende elektronische Gesundheitskarte/fehlender Überweisungsschein:

Ich verpflichte mich, meine elektronische Gesundheitskarte oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis meiner Krankenkasse und den Überweisungsschein innerhalb von zehn Tagen nachzureichen. Nach Ablauf dieser Zeit ist die Radiologische Praxis der Poliklinik am ukb berechtigt, mir eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte zu stellen. Als gültiger Anspruchsnachweis gilt nicht der Überweisungsschein.

Privatpatient:

Für die Rechnungsstellung gilt die Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung. Ich versichere, dass die angegebene Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Untersuchung noch besteht.

Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift

Name: Patientin/Patient/Betreuer/Eltern

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

Die Untersuchung ist ohne Vorkommnisse erfolgt:

Unterschrift Patient: _____

Bitte wenden