



**Aufklärungsbogen für Patienten zur MRT
(Magnetresonanztomographie nativ)**

Name: Vorname:

Geboren am: Gewicht: kg Größe.....cm

Telefonnummer:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) ist ein modernes Untersuchungsverfahren, das ohne Röntgenstrahlung auskommt. Mittels eines starken Magnetfeldes und eines Sende- und Empfängersystems für Radiowellen können vielfältige Schnittbilder der zu untersuchenden Körperregion erstellt werden.

Untersuchungsablauf

- Es ist besonders wichtig, dass Sie während des Untersuchungsvorganges **ruhig und entspannt in der Ihnen angewiesenen Stellung liegen**. Durch Ihre Mitarbeit kann die Untersuchungsdauer reduziert und die Qualität der Aufnahmen verbessert werden.
- Während der Untersuchung können wir Sie über einen Monitor sehen und über eine Sprechanlage mit Ihnen kommunizieren. Sie können sich zudem jederzeit über eine Handklingel bemerkbar machen. Die Untersuchung dauert ca. 15 Minuten.
- Die während einer MR-Untersuchung erzeugten Geräusche werden durch die Vibration der Gradientenspule verursacht. Unser modernes MRT reduziert den Geräuschpegel durch die Pianissimo Technologie deutlich und ermöglicht leisere Untersuchungen.

Metallhaltige Gegenstände

- Vor der Untersuchung müssen Sie unbedingt **alle metallischen Gegenstände** in der Umkleidekabine ablegen (Uhr, Brille, Schlüssel, Feuerzeug, Mobiltelefon, MP3-Player, lose Münzen, Schmuck, Piercing, Kugelschreiber, Haarspangen, metallhaltige Kleidung, Hörgeräte, herausnehmbarer Zahnersatz und Zahnspangen), einschließlich aller magnetischer Karten (EC- bzw. Kreditkarten). Hose/Jeans bitte ausziehen.
- Gegenstände aus Metall können bei der Untersuchung stören und unter bestimmten Umständen sogar für den Patienten gefährlich sein.
- Patienten mit **Herzschrittmachern oder Defibrillatoren** dürfen nicht im MRT untersucht werden, weil die lebenserhaltenden Funktionen gestört werden kann.
- Sollten in Ihrem Körper bestimmte Geräte implantiert worden sein, muss zwingend der **Implantatpass** zur Überprüfung der MRT Tauglichkeit vorgelegt werden. Besondere Vorsicht gilt auch für „nicht medizinische metallische Fremdkörper“ durch Unfälle (z.B. Metall/ Granatsplitter).

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden;

.....

Seit **wann** bestehen die Beschwerden?

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite

	Ja	Nein
Wurde bereits eine CT oder MRT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt? Gibt es Voraufnahmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann und wo?		
Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Unfall/ Sturz, der mit der heutigen Untersuchung zusammenhängt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann genau?		
Wurden Sie im Untersuchungsbereich operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann und weshalb?		
Liegt eine bekannte Tumor- bzw. Krebserkrankung vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauen im gebärfähigen Alter; Könnten Sie schwanger sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden bei Ihnen eines der folgenden Geräte implantiert? Implantatausweis?	Ja	Nein
Wenn Ja, bitte ankreuzen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher / Defibrillator (AICD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstlicher Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäßclips (Aneurysma-Clips) im Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäßstützen (Stents)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innenohrprothese (Cochlear Implant), Mittelohrprothese (Gehörknöchelchenersatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulationssonden, z.B. Parkinson-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentenpumpen; z.B. Insulinpumpe, Schmerzmittelpumpe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventrikleshunt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnspange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piercing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanent-Make-up / Tätowierungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metallsplitter und – Fremdkörper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Port Katheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gliedmaßenprothesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstliche Gelenke (Knie, Hüfte, Schulter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intrauterinpeessar („Spirale“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass die radiologischen Untersuchungsergebnisse meinem/r überweisenden Arzt/Ärztin bzw. der überweisenden Klinik übermittelt werden und dass mein Hausarzt und andere mich behandelnde Ärzte die für die radiologische Behandlung erforderlichen Daten und Befunde übermitteln. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärungen jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Patienteninformationsverpflichtung:

Diese Unterlage wird bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens anzubieten. Wenn Sie darauf verzichten möchten, bitte hier ankreuzen.

Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden.

Datum: Unterschrift:

Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter/e

.....
Unterschrift Arzt