

# AUFKLÄRUNGSBLATT für die MAGNET-RESONANZ-TOMOGRAPHIE

(MRT oder Kernspintomographie)

Name der Patientin/ des Patienten: .....

Geburtsdatum: .....

**Sehr geehrte Patientin!**

**Sehr geehrter Patient!**

Ihr Arzt hat Sie zu einer MRT-Untersuchung überwiesen. Im MRT wird der Körper mit starken Magnetfeldern (ohne Röntgenstrahlen) untersucht.

Die Untersuchung, bei der Sie in einer **vorne und hinten offenen Röhre** liegen, ist völlig schmerzfrei.

**Melden Sie sich bitte bei unserem Personal, falls Sie zu Platzangst neigen.**

Während der Untersuchung sind **laute Klopfgeräusche** zu hören. Es ist sehr wichtig, dass Sie ganz **ruhig liegen** bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen können. Die Untersuchung dauert je nach untersuchten Körperbereichen wenige Minuten bis zu einer Stunde.



In seltenen Fällen, insbesondere bei **längerer Untersuchungsdauer**, kann es zu **Hitzeempfindungen** an verschiedenen Stellen des Körpers kommen. Dies sollten Sie dem Personal dann bitte **sofort mitteilen**.

**Manchmal** kann es notwendig sein, dass Ihnen eine **Kontrastmittel-Injektion** in den Arm verabreicht werden muss. Dies kommt bei bestimmten Fragestellungen vor und kann die Aussagekraft der Untersuchung verbessern.

Ein mögliches Wärmegefühl während der Kontrastmittelgabe ist harmlos.

Vereinzelt können Unverträglichkeitsreaktionen auftreten.

Wie bei jeder medizinisch notwendigen diagnostischen Untersuchung können auch lebensbedrohliche Komplikationen auftreten, die Wahrscheinlichkeit ist jedoch äußerst gering. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

**PAT.NAME:** .....

- 1.) **Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung gehabt?**  JA  NEIN
- 2.) **Leiden Sie unter Platzangst?**  JA  NEIN
- 3.) **Ist bei Ihnen eine Erkrankung oder Funktionsstörung der Nieren bekannt?**  JA  NEIN
- 4.) **Sind Sie Diabetiker (zuckerkrank)?**  JA  NEIN
- 5.) **Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeiten?**  JA  NEIN  
(Jod-Allergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle!)  
Wenn ja, welche?.....
- 6.) **Haben Sie einen Herzschrittmacher, eine Insulin- oder Schmerzpumpe?**  JA  NEIN
- 7.) **Haben Sie Implantate oder Prothesen im Körper ?**  JA  NEIN  
(z.B. Hüftprothesen, Zahnprothesen oder Zahnimplantate,  
künstliche Herzklappen, Ohr-Implantate, Hörgeräte o. sonstiges)  
Hörgeräte unbedingt entfernen!!!!
- 8.) **Haben Sie Metallsplitter oder Metallteile im Körper?**  JA  NEIN  
(Spirale, Piercing, Marknagel, etc.)
- 9.) **Sind Sie tätowiert?** (Tattoos können sich erwärmen!)  JA  NEIN
- 10.) **Wurden Sie am Herzen operiert?**  JA  NEIN
- 11.) **Wurden Sie am Kopf operiert?**  JA  NEIN
- 12.) **Sind Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, HIV, ...) bekannt?**  JA  NEIN
- 13.) Bei Frauen: **Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie derzeit?**  JA  NEIN

**Körpergewicht:** ..... kg      **Körpergröße:** ..... cm

**ACHTUNG: Wenn Sie ein Beruhigungsmittel wegen Platzangst erhalten, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.**

Ich bestätige, daß ich den Text gelesen, verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu. Ich fühle mich aufgeklärt und meine Fragen sind ausreichend beantwortet worden.

**X** .....  
**Unterschrift der/des Patientin/en**

.....  
Name und Unterschrift des Arztes

.....  
Datum und Uhrzeit

.....  
Name und Unterschrift der MTA