

Qualitätsverfahrenshandbuch FB Aufklärungsbogen V 1- 0.doc	MRT		Klosterstr. 34/35	
	RÖNTGENINSTITUT AM MARKT (SPANDAU)		Datum	Seite
	S. KÜCHLER	DR. MED. A. PETERSEIN		Seite 1 von 2
	E. KÜHN			

AUFKLÄRUNG (MRT)

Name:	
Vorname:	Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sollen heute mittels Kernspintomographie untersucht werden. Hierbei werden von einzelnen Körperregionen in einem starken Magnetfeld unter Einstrahlung von Radiowellen Querschnittsbilder erstellt. Die MRT ist ein sehr risikoarmes Untersuchungsverfahren, es werden keine Röntgenstrahlen (ionisierende Strahlen) angewandt.

Während der Untersuchung entstehen laute Klopfgeräusche, daher erhalten Sie vorher einen geeigneten Gehörschutz. Auch kann es bei einigen Messungen zu einer leichten Körpererwärmung kommen. Seien Sie bitte nicht beunruhigt, solche Veränderungen sind für Sie unschädlich. Die Untersuchung dauert ca. 20 Minuten.

Zur besseren Diagnosestellung **kann** eine intravenöse Kontrastmittelgabe notwendig sein. Es handelt sich hierbei um ein speziell für die MRT-Untersuchung entwickeltes Mittel, welches sehr gut vertragen wird. Leichte Nebenwirkungen wie Wärmegefühl oder Geschmacksirritationen können auftreten, bilden sich aber wieder zurück. Sehr selten können Überempfindlichkeitsreaktionen (Übelkeit, Juckreiz, Hautausschlag) auftreten, schwere allergische Reaktionen sind extrem selten. Dennoch müssen wir Sie darauf hinweisen, dass allergische Reaktionen, die bei nahezu allen Arzneimitteln auftreten können, grundsätzlich nicht auszuschließen sind.

Legen Sie bitte vor Betreten des Untersuchungsraumes Gegenstände wie Uhren oder Schmuck (auch Haarschmuck und Piercings), Schlüssel, Wertsachen, Schreibgeräte (Kugelschreiber), Geldbörsen/Scheckkarten sowie sämtliche Gegenstände, die Metall enthalten, unbedingt ab. Bitte vor der Untersuchung **Hörgeräte herausnehmen**.

Bitte beantworten Sie sorgfältig folgende Fragen:

Größe : _____ cm

Gewicht : _____ kg

Haben Sie:

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ohrimplantate | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Medikamentenpumpe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Prothesen, Gefäßclips (Stents, Bypass) Implantate, Akupunkturnadeln | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Metall-, Granatsplitter, Tätowierungen, Permanent-Make-up | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sind Sie am Kopf / Ohr operiert? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sind Sie schon am zu untersuchenden Organ operiert? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Bitte Rückseite beachten

Qualitätsverfahrenshandbuch FB Aufklärungsbogen V 1- 0.doc	MRT		Klosterstr. 34/35	
	RÖNTGENINSTITUT AM MARKT (SPANDAU)		Datum	Seite
	S. KÜCHLER DR. MED. A. PETERSEIN E. KÜHN			Seite 2 von 2

Sind Sie Krebspatient? nein ja

Ist eine chronische Infektion (Hepatitis C, HIV) bekannt? nein ja

Bestehen Allergien/Asthma/Überempfindlichkeiten? nein ja

Ist eine Allergie gegen MRT-Kontrastmittel bekannt? nein ja

Nieren- oder Lebererkrankungen (Z.n. Transplantation)? nein ja

Aktueller Kreatininwert (Nierenfunktionswert)

Sind Sie schwanger? Stillen Sie? nein ja

Welche Beschwerden haben Sie in der zu untersuchenden Region?

Erklärung / Einwilligung des Patienten:

Ich fühle mich ausreichend über diese Untersuchung informiert und willige ein.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Kontrastmittelgabe nach ärztlicher Indikation erfolgt.

Ich stimme der Kontrastmittelgabe zu.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Datum Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Notizen (werden vom Personal ausgefüllt)

Trauma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja wann			
OP	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja wann:			
Tumor	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja wann:			
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Schürzengriff (SG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Nackengriff (SG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Grad: