



## Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie (MRT)

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei der MRT werden Schnittbilder des Körperinneren des Menschen von hoher diagnostischer Qualität durch Magnetfelder und Radiowellen erzeugt. Die Untersuchung ist schmerzfrei. Es werden keine Röntgenstrahlen eingesetzt. Negative Auswirkungen auf den menschlichen Körper sind nicht bekannt.

Bei Patienten mit Gefäßclips, Gelenkprothese, Ohrimplantat, Metallstifte, Metallsplitter, Zahnspange, Spirale, Akupunktur-Nadel, Insulinpumpe und Portkatheter darf eine MRT nur nach genauer Voruntersuchung durchgeführt werden.

**Bei einem Herzschrittmacher-Implantat und künstlicher Herzklappe aus Metall darf eine MRT-Untersuchung bei uns nicht durchgeführt werden!**

Bitte legen Sie alle Metallteile (herausnehmbarer Zahnersatz, Brille, Uhr, Haarspange, Schmuck wie z.B. Ohrringe oder Piercing, BH, Gürtel, Kugelschreiber, Geld, Schlüssel, usw.) und Datenträger (Scheckkarte, Kreditkarte) in der Umkleidekabine ab.

Zur Untersuchung liegen Sie auf einer bequemen Liege, die in den röhrenförmigen Magneten eingefahren wird. Es ist sehr wichtig, dass Sie sich während den Messungen nicht bewegen, da sonst sämtliche Bilder verwackelt werden. Atmen Sie bitte ruhig und gleichmäßig mit möglichst geringer Körperbewegung. Auch können Untersuchungen in Atemstillstand erfolgen. Sie werden dann Atemkommandos über die Sprechanlage erhalten. Die Untersuchung dauert 20 min. Während der Untersuchung hören Sie laute Klopfgeräusche. Daher bekommen Sie von unseren Mitarbeitern wahlweise Ohrstopfen oder einen Kopfhörer mit Musik, bitte sprechen Sie unser Personal an.

In bestimmten Fällen kann die Anwendung von MRT-Kontrastmittel (KM) zum Nachweis und zur besseren Differenzierung von krankhaften Veränderungen erforderlich werden. Das Kontrastmittel wird in eine Armvene injiziert; Nebenwirkungen sind nicht zu erwarten, Allergien sind extrem selten. Bei Schwangeren und bei Patienten mit schwersten Nierenfunktionsstörungen sollte das Kontrastmittel nur in Ausnahmefällen verwendet werden. Bei Stillenden wird eine 24-stündige Still-Pause nach der Untersuchung empfohlen.

Praxis für Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie

Friedrich-Ebert-Straße 50  
34117 Kassel

Telefon: 0561 104 188  
Telefax: 0561 777 404

E-Mail: [radialogie-ks@t-online.de](mailto:radialogie-ks@t-online.de)  
Internet: [www.radialogie-kassel.de](http://www.radialogie-kassel.de)



# Patienteninformation

## Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie (MRT)

Während der Untersuchung stehen Sie über eine Gegensprechanlage und eine Klingel in ständigem Kontakt mit dem Untersuchungspersonal. Sollten Sie unter Platzangst leiden, kann Ihnen vor der Untersuchung ein Beruhigungsmittel injiziert werden. In diesem Fall dürfen Sie 12 Std. nach der Gabe des Medikamentes kein Fahrzeug führen und keine Maschine bedienen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die Untersuchungstermine nicht immer exakt eingehalten werden können, da durch Notfälle oder aufgrund besonderer Fragestellungen Verzögerungen eintreten können.

Praxis für Radiologie, Nuklear-  
medizin und Strahlentherapie

Friedrich-Ebert-Straße 50  
34117 Kassel

Telefon: 0561 104 188  
Telefax: 0561 777 404

E-Mail: [radialogie-ks@t-online.de](mailto:radialogie-ks@t-online.de)  
Internet: [www.radiologie-kassel.de](http://www.radiologie-kassel.de)



## Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie (MRT)

### Einverständniserklärung

Über die geplante Untersuchung bin ich in einem ausführlich informiert worden.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

### Abschließend beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Wurde ein **Herzschrittmacher** implantiert oder eine künstliche **Herzklappe**?

Ja  Nein

Befinden sich andere **Metallteile** in Ihrem Körper (Gefäßclips, Gelenk- oder Gefäßprothese, Ohrimplantate, Granatsplitter, elektronische Pumpensysteme)?

Ja  Nein

Wurden Operationen am **Kopf**, dem **Herz** oder den **Schlagadern** durchgeführt?

Ja  Nein

Leiden Sie an **Allergien**?

Ja  Nein

Bei Frauen: Sind Sie **schwanger**?

Ja  Nein



## Aufklärungsbogen für die Kernspintomographie (MRT)

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. Ich bin mit elektronischer Bildarchivierung und Weitergabe der Daten an andere behandelnde Ärzte einverstanden.

Ich bin mit der Kontrastmittelgabe einverstanden

Ja  Nein

Kassel, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Patientin, der Patient \_\_\_\_\_

Praxis für Radiologie, Nuklear-  
medizin und Strahlentherapie

Friedrich-Ebert-Straße 50  
34117 Kassel

Telefon: 0561 104 188  
Telefax: 0561 777 404

E-Mail: [radialogie-ks@t-online.de](mailto:radialogie-ks@t-online.de)  
Internet: [www.radiologie-kassel.de](http://www.radiologie-kassel.de)