

Aufklärungsbogen zur Kernspintomographie (MRT)

Die Kernspintomographie verwendet Radiofrequenzwellen und sehr starke Magnetfelder um präzise Schichtaufnahmen des Körpers zu erzeugen. **Röntgenstrahlen kommen dabei nicht zur Anwendung.**

Je nach Fragestellung müssen Sie 15-45 Minuten ruhig und entspannt in einer „Röhre“ liegen. Das Gerät verursacht brummende und klopfende Geräusche. Wenn Sie unter Platzangst leiden, teilen sie uns dies bitte vor der Untersuchung mit, damit wir Ihnen ein beruhigendes und angstlösendes Medikament verabreichen können. Falls Sie ein beruhigendes Medikament verabreicht bekommen, dürfen Sie nicht mehr aktiv am Strassenverkehr teilnehmen.

In Abhängigkeit von der Fragestellung kann eine Kontrastmittelgabe notwendig sein. **Das verwendete Kontrastmittel enthält kein Jod** und kann auch bei Allergien gegen Röntgenkontrastmittel verwendet werden. Das Kontrastmittel ist im allgemeinen sehr gut verträglich, allergische Reaktionen treten insgesamt sehr selten auf.

Wenn Sie einen Herzschrittmacher, ein automatisches Defibrillationsgerät, eine implantierte Insulinpumpe oder einen Neurostimulator haben, kann die Untersuchung **nicht** durchgeführt werden.

Die Untersuchung kann bei anderen Metallgegenständen im Körper (z.B. Gefäßclips, Stents, Gelenkprothesen, Metallsplitter) durchgeführt werden.

Sollten Ihnen Metallsplitter in Ihrem Körper bekannt sein, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Grösse: _____ cm	Gewicht: _____ kg
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kernspintomographie durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine künstliche Herzklappe ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Gefäßclips oder Metall im Körper ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Tätowierungen, Piercing (Körperschmuck) oder ein Permanent Make-Up?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Hörgerät? (Hörgeräte sind vor der Untersuchung abzulegen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Infektionskrankheiten bekannt Welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Allergien bekannt Welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Platzangst?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Wenn Sie Fragen zur Untersuchung, zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, beantworten wir Sie Ihnen gerne. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns bitte, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen.

Wir weisen darauf hin, dass sämtliche durch ein Magnetfeld beeinflussbare Gegenstände (Uhren, Schlüssel, Münzen, Scheckkarten, Kugelschreiber, Schmuck) vor Betreten des Untersuchungsraumes abzulegen sind. Für Schäden und Verletzungen, die bei Nichtbeachtung dieser Vorschrift und der Anweisungen des Untersuchungspersonals entstehen können, kommen wir nicht auf.

Einverständniserklärung

Mit der Kernspintomographie und der evtl. erforderlichen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. Meine diesbezüglichen Fragen wurden beantwortet.

Düsseldorf, den Unterschrift.....