

# MRT-Einwilligung



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll eine Magnetresonanztomographie durchgeführt werden. Wir bitten Sie den folgenden Text durchzulesen und anschließend die unten angeführten Fragen zu beantworten. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den Arzt.

## Was ist eine Magnetresonanztomographie?

Mit der Magnetresonanztomographie wird der Körper ohne Röntgenstrahlen untersucht. Bei der Untersuchung werden durch starke Magnetfelder kurzdauernde Radiowellen erzeugt. Die Signale, die dabei aus dem Körper empfangen werden, werden mit einem Computer ausgewertet. Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei und schädliche Auswirkungen sind derzeit nicht bekannt.

## Wie läuft die Untersuchung ab?

Bei unserem Gerät handelt es sich um ein sogenanntes neues, geschlossenes Gerät mit kurzer Magnetlänge, sodass bei vielen Untersuchungen der Kopf außerhalb des Gerätes bleibt. Für Patienten mit Platzangst wird so eine optimale Untersuchungssituation geschaffen.

Die Untersuchung dauert je nach untersuchtem Organ zw. 15 und 30 Minuten.

Während der Untersuchung liegen Sie auf einen allseits offenen Untersuchungstisch und es sind laute Klopfgeräusche hörbar.

Es ist sehr wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen. In manchen Fällen kann die Verabreichung eines Kontrastmittels zur besseren Darstellung der Strukturen notwendig werden.

Das Kontrastmittel wird in der Regel sehr gut vertragen, nur in sehr seltenen Fällen können Unverträglichkeitsreaktionen auftreten.

**Bitte wenden.**

# MRT-Einwilligung

Sollte eine Venenpunktion zur Kontrastmittelgabe notwendig sein, kann es zu einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen.

Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

1. Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung gehabt? Ja  Nein
2. Bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Ja  Nein   
(Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind bisher extrem selten beobachtet worden. Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle.)
3. Haben Sie einen Herzschrittmacher od. Medikamentenpumpe? Ja  Nein
4. Haben Sie Implantate oder Prothesen ( wie z.B. Mittelohrimplantate, Herzklappen-oder Hüftprothesen)? Ja  Nein
5. Haben Sie Metallteile oder Metallsplitter (z.B. Piercing )? Ja  Nein
6. Wurde eine Operation an Herz oder Kopf durchgeführt? Ja  Nein
7. Sind Sie tätowiert bzw. haben Sie ein Permanent Make-up? Ja  Nein
8. Könnten Sie schwanger sein? Ja  Nein
9. Wie ist Ihr Körpergewicht? ..... Kg

## Gab es Operationen oder Verletzungen im Bereich der Untersuchungsregion?

---

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung, sowie einer evtl. Kontrastmittelgabe zu.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\*geb: \_\_\_\_\_

Rheda-Wiedenbrück, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ -in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Dr. Gevargez