

# Dr. med. Burckhardt Kietzmann

Facharzt für Diagnostische Radiologie & Neuroradiologie

# Dr. med. Michael Trojan

Facharzt für Radiologie

Radiologische Gemeinschaftspraxis Schleswig - St. Jürgener Str. 1-3 - 24837 Schleswig



**Patientenname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Untersuchung:** \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

Bei Ihnen bzw. bei Ihrem Kind ist die Durchführung einer sogenannten **Kernspintomographie (MRT)** von Ihren behandelnden Ärzten vorgeschlagen worden. Zweck dieser Untersuchung ist ggf. der Ausschluss, die Feststellung bzw. die Verlaufsbeurteilung verschiedener Erkrankungen.

Die Kernspintomographie erzeugt Bilder des Körpers bzw. verschiedener Körperregionen **ohne Anwendung von Röntgenstrahlen**. Es werden hierbei Radiowellen in einem Magnetfeld erzeugt. Einer der wesentlichen Vorteile dieser Untersuchungsmethode ist der herausragende Weichteilkontrast. In der Regel werden Sie - zumindest zum Teil - in einen röhrenförmigen Magneten gelegt. In der Regel dauert die Untersuchung ca. 20 bis 40 Minuten, dabei hören Sie Klopfgeräusche. Ggf. werden Ihnen vom Assistenzpersonal Atemanweisungen gegeben. Während der gesamten Untersuchung können Sie sich selbst über eine Klingel bemerkbar machen. Bei den in medizinischen Geräten verwendeten Magnetfeldstärken sind bislang keine schädigenden Wirkungen aufgetreten.

In Abhängigkeit von der Untersuchungsregion bzw. der Fragestellung wird Ihnen ggf. ein sogenanntes **Kontrastmittel** in die Vene injiziert. Sie erhalten hierfür eine kleine Spritze, oder Venenverweilkanüle, vorzugsweise im Bereich der Ellenbeuge bzw. am Unterarm, ähnlich einer normalen Blutentnahme. Die Gabe des Kontrastmittels verbessert in bestimmten Fällen die diagnostische Aussage der angefertigten Bilder erheblich. Das Kontrastmittel ist gadoliniumhaltig. In seltenen Fällen können leichte **Unverträglichkeitsreaktionen** wie Hustenreiz, Niesen, Hautjucken, Quaddelbildung etc. auftreten. Bitte informieren Sie das Personal über bereits stattgehabte Kontrastmittelgaben oder gar ggf. bekannte **Kontrastmittelunverträglichkeiten** bzw. **Allergie gegen gadoliniumhaltige Substanzen** oder Vorliegen einer Neigung zu allergischen Reaktionen.

Ausgeprägte **Unverträglichkeitsreaktionen** mit Kreislaufversagen oder allergischen Schockreaktionen sowie bleibenden Organschäden sind sehr selten. Übelkeit und ggf. Erbrechen kann nach Kontrastmittelgabe gelegentlich vorkommen. Sehr selten kommt es durch die Kontrastmittelinjektion zu **Entzündungen** oder bei Einreißen der Vene zu **bleibenden Schäden an Weichteil- und Nervengewebe bzw. der Haut**. Extrem selten kann es bei Patienten mit gestörter Nieren- oder Leberfunktion zu einer schwerwiegenden, nicht behandelbaren Bindegewebserkrankung (nephrogene systemische Fibrose; NSF) durch das MRTKontrastmittel Gadolinium kommen.

**Sollten Sie während oder nach der Untersuchung o.g. Veränderungen an sich bemerken, informieren Sie bitte das Assistenzpersonal unverzüglich.**

Bitte beachten Sie, dass Sie metallische Gegenstände wie Uhren, Brillen, Ohringe, Scheckkarten mit Magnetstreifen, metallene Kleidungsstücke, Münzen, Haarspangen, Kugelschreiber, Schlüsselbund, losen Zahnersatz, Hörgeräte o.a. in der Umkleidekabine lassen! An Make-up, Tätowierungen oder metallischen Hautfarbstoffen kann es zu Hautreizungen kommen. Bei ausgeprägten Tätowierungen teilen Sie dies bitte dem Personal mit. Bestimmte Personen dürfen nicht bzw. sollten nicht mit dem Kernspintomographien (MRT) untersucht werden.

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen - bitte ankreuzen:**

1. Tragen Sie eine(n) **Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe, Hörgerät, Insulinpumpe, Schmerzpumpe o.a.**? Ja  Nein
2. Haben Sie **Metallteile** im Körper (Spirale, Piercings, Gefäßclips, Granatsplitter, Prothesen, magnetischer Zahnersatz)? Ja  Nein
3. Sind **Operationen an Herz oder Kopf** durchgeführt worden? Ja  Nein
4. Besteht bei Ihnen eine **Nierenerkrankung** oder **Dialysepflicht**? Ja  Nein
5. Besteht bei Ihnen eine **Lebererkrankung**? Ja  Nein

**Bitte wenden!**

Seite 1 von 2

6. Leiden Sie unter "**Grünem Star**"? Ja  Nein
7. Waren bei Ihnen nach früheren Kernspintuntersuchungen mit Kontrastmittel bereits o.g. oder ähnliche Beschwerden aufgetreten? Ja  Nein
8. Ist bei Ihnen eine **Kontrastmittelunverträglichkeit** bekannt? Ja  Nein
9. Sind bei Ihnen **andersartige Unverträglichkeitsreaktionen** gegen bestimmte Nahrungsmittel, Medikamente oder Pflaster etc. bekannt? Ja  Nein   
Welche Unverträglichkeiten? \_\_\_\_\_
10. Neigen Sie zu **Asthma oder Heuschnupfen**? Ja  Nein
11. Besteht bei Ihnen eine **Schwangerschaft**? Ja  Nein   
Stillen Sie? Ja  Nein   
Wann war der erste Tag der letzten **Menstruation**? \_\_\_\_\_
12. Leiden Sie an **Stoffwechselerkrankungen** wie z.B. **Zuckerkrankheit** (Diabetes) oder anderen Erkrankungen an **Herz-/Kreislauforganen, bösartigen Erkrankungen** o.ä.? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? \_\_\_\_\_ Ja  Nein   
\_\_\_\_\_

Ihr **Körpergewicht**: \_\_\_\_\_ kg

Ihre **Körpergröße**: \_\_\_\_\_ cm

Neben der **Kernspintomographie** existieren noch weitere bildgebende Verfahren **ohne Anwendung von Röntgenstrahlen** wie **Sonographie (Ultraschalluntersuchung)** oder **mit Anwendung von Röntgenstrahlen**, wie z.B. die **Computertomographie (CT)**, die ggf. alternativ oder ergänzend zur Anwendung kommen. Weitere Bildgebung ist über **endoskopische Untersuchung** (z.B. Darmspiegelung) möglich. Je nach Fragestellung haben alle bildgebenden Verfahren Vor- und Nachteile in der Anwendbarkeit und der diagnostischen Genauigkeit etc. Für Ihren Fall hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen eine Kernspintomographie vorgeschlagen. Weitere Fragen hierzu werden gern mit Ihnen besprochen.

**Vermerke:**

---

Ich habe das Informationsblatt verstanden, fühle mich ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen. **In die oben genannte Untersuchung willige ich hiermit inklusive eventueller Kontrastmittelgabe ein.** Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Schleswig, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/in / Sorgeberechtigter /  
gesetzlicher Vertreter**

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten und Befundberichte an andere mich behandelnde Ärzte/Ärztinnen, medizinische Einrichtungen oder Leistungserbringer, übermitteln darf sowie auch die Untersuchungsdaten/Bilder (MRT, CT, Mammographie oder Röntgen) den entsprechenden behandelnden Ärzten/Ärztinnen und medizinischen Einrichtungen bereitstellen darf. Es ist mir bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann.

Schleswig, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/in / Sorgeberechtigter /  
gesetzlicher Vertreter**