

Merkblatt zum Aufklärungsgespräch *Magnetresonanztomographie* (Kernspintomographie)

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____ **Körpergewicht:** _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Magnetresonanztomographie dient dazu, krankhafte Veränderungen festzustellen oder auszuschließen. Zur Bildgebung Ihres Körpers werden Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Diese Methode arbeitet dabei **ohne** Röntgenstrahlen oder radioaktive Stoffe.

Durchführung:

Die Untersuchung erfolgt in einem Magneten und dauert je nach Fragestellung und Technik 10 – 30 Minuten. Während der Messzeiten von einigen Minuten sollten Sie ruhig liegen. Sie hören dabei Klopfgeräusche. Als Schallschutz erhalten Sie einen Kopfhörer. Während der Untersuchung werden Sie mittels Sichtkontakt sowie akustisch überwacht.

Kontrastmittel (KM) und mögliche Komplikationen:

Zur genaueren Bildgebung kann die intravenöse Gabe von KM (paramagnetische Substanzen) erforderlich sein. Trotz millionenfacher Anwendung sind bisher nur selten Nebenwirkungen wie allergische Reaktionen (Übelkeit/ Quaddelbildungen/ Kreislaufreaktionen/ sehr selten bleibende Schäden wie z.B. Organversagen/ Hirnschädigung) aufgetreten. Nach KM-Paravasat kann es selten zu lokalen Schmerzen und Haut-/ Nerven-/ Gewebeschäden kommen. Bei mehrfachen Untersuchungen mit gadoliniumhaltigen KM kann es auch zu geringen Ablagerungen im Gehirn kommen, die bisher keine bekannten gesundheitlichen Risiken beinhalten. Bei hochgradig eingeschränkter Nierenfunktion sind vereinzelte Fälle einer nephrogenen systemischen Fibrose aufgetreten. Weitere seltene Nebenwirkungen: Leichte/ mäßige Kopfschmerzen/ Ohrgeräusche (,die meist von selbst wieder abklingen)/ Hautreizungen durch metallhaltige Farbstoffe (Permanent Make-up/ oder Tätowierungen).

Risikopatienten:

Bestimmte Patienten können nicht bzw. nur eingeschränkt untersucht werden. Um das Risiko bei dieser Untersuchung möglichst gering zu halten, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

- Haben oder hatten Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Haben Sie in Ihrem Körper Metallteile (Metallprothese, Granat- oder Metallsplitter, Gefäßclips, Herzklappe, Hörgerät, Spirale, Tätowierungen)? ja nein
- Wurden Sie an Kopf, Herz oder Leber operiert? ja nein
- Ist eine Nierenerkrankung oder Nierenfunktionsstörung bekannt? ja nein
- Besteht ein Zustand nach Organtransplantation oder ist eine vorgesehen? ja nein
- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein
- Sind Allergien auf gadoliniumhaltige Kontrastmittel bekannt? ja nein
- Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis/ TBC/ HIV)? ja nein

Achtung! Metallteile können **Unfälle** oder Messfehler verursachen, wenn sie in das Magnetfeld gelangen. Deshalb sollten Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes folgende Gegenstände ablegen:

- Brille, Uhr, Ohringe, Metallteile an der Kleidung (z.B. Knöpfe, Reißverschluss, Gürtel), Zahnprothese, Münzen, Kugelschreiber, Schlüssel und andere Metallteile (z.B. Haarspangen).
- Kredit- oder EC-Karten (sie werden sonst gelöscht). Elektronische Geräte (z.B. Handys).

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder wenn Sie mehr über die Untersuchung bzw. die erwähnten Komplikationen/ Kontrastmittelnebenwirkungen erfahren wollen.

Dr. med. C. von Knorre

Dr. med. A. Fessel

Dr. med. B. Rogits

Vermerke zum Aufklärungsgespräch:

Bitte zutreffendes ankreuzen!!!

- Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die vorgeschlagene Untersuchung ein.
- Ich bin mit einer intravenösen KM-Gabe durch den Arzt oder autorisiertes Fachpersonal einverstanden.
- Ich habe eine Kopie dieses Aufklärungsbogens erhalten.

Unterschrift Patient/in

Datum: