

Name:..... Vorname:.....

Aufklärungsbogen für eine **Kernspintomographie (MRT)**

**Liebe Patientin, Lieber Patient!**

Sie haben sich zu einer MRT-Untersuchung angemeldet. Diese erfolgt mit Magnetfeldern (kein Röntgen!). Durch die Anwendung einer paramagnetischen Kontrastsubstanz wird ggf. die bildliche Darstellung verbessert oder erst möglich.

**Untersuchungsablauf:**

Sollte es erforderlich sein, wird Ihnen in eine Armvene eine paramagnetische Kontrastsubstanz eingespritzt. Bei millionenfacher Anwendung sind nur in seltenen Ausnahmefällen Unverträglichkeitsreaktionen, die sich u. U. in einer geringen Übelkeit oder allergischen Reaktionen äußern, bekannt geworden. Aufgrund der unvermeidbaren hohen Lärmbelastung bekommen sie Kopfhörer.

**Fragen:**

Zur Planung und Auswertung der MRT-Untersuchung, benötigen wir Ihre Angaben zu folgenden Fragen:

1. Aus welchem Grunde soll nach Ihrem Wissen die Untersuchung durchgeführt werden?  
(Beschwerden, deren Dauer und Tendenz; möglichst genaue Angaben wo; bei Unfall oder Verletzung bitte Zeitpunkt und Art)  
.....  
.....
2. Wurden Sie vor dem heutigen Tage bereits mit einer MRT untersucht?  nein  ja  
wenn ja: wann ..... wo ..... Körperregion .....
3. Wurden zur Klärung der Fragen, die Anlass der heutigen Untersuchung sind, andere Untersuchungen durchgeführt (Röntgen, Ultraschall, CT)?  nein  ja  
wenn ja: Kennen Sie deren Resultat? (bitte in Stichworten angeben)  
.....
4. **Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder andere elektrische Implantate?**  nein  ja
5. Haben Sie eine schwere Nieren-Erkrankung (z.B. Dialyse)?  nein  ja
6. Ist bei Ihnen eine Leber-Transplantation erfolgt oder geplant?  nein  ja
7. Speziell für Frauen: Sind Sie z. Zt. schwanger?  nein  ja
8. Bitte geben Sie Ihr aktuelles Körpergewicht an: ..... kg

**Zu Ihrer Beachtung:**

Falls Sie ein großflächiges Tattoo, metallische Fremdkörper oder Intimschmuck tragen bzw. künstl. Gelenke oder Gefäß-Clips besitzen, informieren Sie bitte den Arzt oder die Assistentin. **Bitte lassen Sie alle Metallgegenstände und Kredit-/Chipkarten sowie andere Datenträger in der verschlossenen Umkleidekabine!** Trotz der allgemein guten Verträglichkeit benötigen wir Ihre ausdrückliche Erklärung zu folgenden Sachverhalten:

**Ich willige in eine erforderliche Armvenen-Injektion der Kontrastsubstanz ein:**  nein  ja

**Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die MRT-Untersuchung ein:**  nein  ja

Datum: .....

Unterschrift des Patienten: .....

**Ich erteile hiermit die Genehmigung, benötigte Aufnahmen und Vorbefunde aus anderen medizinischen Einrichtungen heranzuziehen.**

Datum: .....

Name: ..... Vorname: ..... Unterschrift des Patienten: .....

Vermerke des aufklärenden Arztes: .....

Datum: .....

Unterschrift des Arztes: .....