



Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Tel.:
E-mail.:

Dr. med. Matthias Korves
 Facharzt für diagnostische
 Radiologie u. Neuroradiologie
 Große Hamburger Str. 5-11
 10115 Berlin
 Telefon: 0 30 / 20054074
 Telefax: 0 30 / 20054075
info@mrt-korves.de

Bitte bringen Sie Voraufnahmen
 der betreffenden Körperregion mit.

Patientenaufklärung über die Magnetresonanztomographie (MRT)

Sehr geehrte Patient,

falls eine Begleitperson bei der Untersuchung dabei sein soll, muss auch diese zuvor einen Begleitbogen ausfüllen, bitte gleich mit aushändigen lassen

Kleiner kleiner Hinweis vorweg (soweit verwirrend): Das MRT-Gerät hier am Hedwig wird von der Praxis und dem Krankenhaus jeweils in eigenständigen Schichten genutzt.

Die Praxis Dr. Korves ist dabei eine selbständige eigenständige Praxis und über die Tel. 030/20054074 oder ggf. info@mrt-korves.de leicht zu erreichen (siehe oben). Die Kontaktdaten sind dauerhaft für Sie auch später leicht durch die bedruckte CD verfügbar, die Sie nach der Untersuchung mit nach Hause bekommen.

Mit der Kernspintomographie (MRT) ist es möglich, mit Radiowellen und somit ohne Röntgenstrahlen, vielfältige Schnittbilder des gesamten menschlichen Körpers zu erstellen. Sie liegen dabei während der Untersuchung hier in einem 1,5 Tesla starken Magnetfeld.

Die, nach Anregung durch einen Radiowellenimpuls, aus dem Körper austretenden Signale empfangen spezielle Antennen (Spulen). Ein Computer verrechnet die Signale in digitale Bilder.

Mögliche Komplikationen einer MRT Untersuchung:

Schädliche Auswirkungen auf den Menschen bei dieser Art von Geräten sind bisher nicht bekannt.

Äußerst selten können leichte Kopfschmerzen oder ein Wärmegefühl auftreten, das sich von selbst legt. Manche Patienten können eventuell unter aufkommender Platzangst leiden.

Bestimmte Personen können mit der Kernspintomographie nicht untersucht werden oder nur unter bestimmten Voraussetzungen, daher folgende Fragen.

Deshalb beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

Wie ist Ihr derzeitiges Körpergewicht?	kg /Körpergröße?	cm		
Sind Sie Träger (in) eines Herzschrittmachers?			Ja	Nein
Sind Sie Träger(in) eines Defibrilators?			Ja	Nein
Sind Sie Träger(in) einer künstlichen Herzklappe?			Ja	Nein
Sind Sie Träger(in) eines Cochlea-Implantates? (Ohr)			Ja	Nein
Sind Sie Träger(in) einer Insulin- /Schmerzpumpe?			Ja	Nein
Wurden Sie bereits am Kopf oder Herzen operiert?			Ja	Nein

Wenn ja: Wann? Welche Art?

Haben Sie **Tätowierungen / Permanent-Make Up**? Ja Nein

Ist Ihr Zahnersatz **magnetisch befestigt**? Ja Nein

Könnten Sie **metallischen Schleifstaub** in den Augen haben? Ja Nein

Haben Sie **Metallteile** im Körper? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? Was?

Gefäßclips	Spirale	Stents/Gefäßprothesen	Granatsplitter	Endoprothesen	
Leiden Sie unter Platzangst ?					Ja Nein

Wurden Sie bereits in der zu untersuchenden Körperregion **operiert**? Ja Nein

Wenn Ja: Wann? Welche Art?

Hat ein **Unfall** zu dieser Untersuchung geführt? Ja Nein

Wenn ja: Wann? Welche Art?

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? Ja Nein

Metallteile am Körper müssen vor dem Betreten des Untersuchungsraumes abgelegt werden

Haben Sie eine Tumorerkrankung ?	Ja	Nein
Besteht eine Infektionskrankheit ? (HIV, Hepatitis, TBC)	Ja	Nein
Für Frauen:		
Besteht derzeit eine Schwangerschaft ?	Ja	Nein
Stillen Sie derzeit?	Ja	Nein

Metalteile am Körper müssen vor dem Betreten des Untersuchungsraumes abgelegt werden**Die Untersuchung:**

Vor der Untersuchung müssen Sie alle metallischen Gegenstände in der Umkleidekabine ablegen, einschließlich sämtlicher magnetischer Karten, die Sie bei sich führen (z.B. Scheck- oder Kreditkarten).

Die Untersuchung erfolgt liegend in bequemer Position.

Bitte weisen Sie beim Lagern auf Druckstellen oder ähnliche lästige Dinge hin, bevor Sie in die Untersuchungsöffnung des Gerätes gefahren werden.

Während der Untersuchung werden Sie ständig überwacht.

Für wichtige Meldungen bekommen Sie einen Alarmknopf in die Hand und können außerdem über eine Sprechanlage mit dem Bedienpersonal kommunizieren.

Das vom MRT ausgehende, harmlose, eventuell unangenehm laute Geräusch wird durch Kopfhörer gemildert.

Wichtig ist während der Untersuchung absolut still zu liegen, um nicht die Qualität der Bilder zu mindern und um Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden.

Folgen Sie bitte korrekt den Atemkommandos der Assistentinnen.

Eine Untersuchung kann bis zu 20 Minuten dauern. Für bestimmte Untersuchungen des Bauches ist es notwendig ein Mittel gegen Darmbewegungen zu verabreichen. Dieses kann Ihre Verkehrstauglichkeit beeinträchtigen.

Kontrastmittel (wir verwenden Dotarem) diese werden nur angewendet soweit ein zusätzlicher Informationsgewinn bedeutsam ist, und werden nur soweit notwendig angewendet):

Die Kontrastmittel für die Magnetresonanztomographie enthalten kein Jod und sind verträglicher als die Röntgenkontrastmittel. Diese so genannten paramagnetischen Kontrastmittel werden angewendet, um Blutgefäße, Organe oder Körperhöhlen genauer zur Darstellung zu bringen und um dadurch bestimmte Erkrankungen besser nachzuweisen zu können. Das Kontrastmittel wird in der Regel in eine oberflächlich gelegene Vene (z.B. Ellenbeuge) verabreicht. Hierbei kann es manchmal zu einem lokalen Wärme- oder Schmerzgefühl kommen.

Nebenwirkungen können äußerst selten und meist nur vorübergehend auftreten wie:

- Kopfschmerzen, Schwindel, Schüttelfrost
- Übelkeit, Erbrechen, Hautrötung, Hitzegefühl
- Geschmacks- oder Empfindungsstörungen
- Kollapsneigung, Blutdruckabfall
- sehr selten Krampfanfälle und schwere allergische Reaktionen, die u. U. lebensbedrohlich sein können oder auch zu bleibenden Schäden führen können.

Extrem selten kann es bei Patienten mit gestörter Nieren- oder Leberfunktion zu einer schwerwiegenden, nicht behandelbaren Bindegewebserkrankung (nephrogene systemische Fibrose: NSF) durch das MRT-Kontrastmittel (Gadolinium) kommen. In der Folge können auch die inneren Organe beschädigt werden, die Gelenke an Beweglichkeit verlieren und die Krankheit unter Umständen tödlich verlaufen. Falls Sie ein Nieren- oder Leberleiden haben, teilen Sie dies deshalb unbedingt dem Arzt mit.

Haben Sie eine Nieren- oder Lebererkrankung ?	Ja	Nein
---	----	------

Melden Sie aufkommende Beschwerden während der Untersuchung bitte sofort.

Zur Beantwortung weiterer Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Ärztliche Anmerkungen:

Ich bin über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden, ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung einschließlich evtl. Kontrastmittelgaben ein.

Ort, Datum: Berlin den

Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten:

Unterschrift Ärztin / Arzt: