



SAARBRÜCKEN



NEUNKIRCHEN



ST. WENDEL

### **Aufklärungsbogen Kernspintomographie (MRT)**

**Name:**

**Vorname:**

**geb.:**

**Adresse:**

**Tel.**

Zu untersuchende Körperregion: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,**

Ihr behandelnder Arzt hat Sie/Ihr Kind zu einer kernspintomographischen Untersuchung (MRT) überwiesen. Hierbei handelt es sich um ein bildgebendes Verfahren, bei dem durch Magnetfelder und Radiowellen (jedoch ohne Röntgenstrahlen) Schichtaufnahmen des Körpers erzeugt werden, um damit krankhafte Veränderungen besser erkennen zu können.

#### **Untersuchungsablauf**

Vor der Untersuchung müssen von Ihnen alle Gegenstände aus Eisen und anderen magnetischen Metallen (Piercings, Haarspangen, herausnehmbare Zahnprothesen, Schmuck, Brille, Schlüssel, Uhren, Hörgeräte, Mobiltelefone sowie Scheck- oder Kreditkarten usw.) abgelegt und in der Kabine belassen werden, da sie das Magnetfeld stören und zu erheblichen Verletzungen führen können, bzw. zu Hautreizungen durch metallhaltige Farbstoffe bei Tätowierungen und (Permanent-) Make-Up. Deswegen dürfen Sie aus Sicherheitsgründen diese Gegenstände auf keinen Fall mit in den Untersuchungsraum nehmen! Kreditkarten und andere digitale Datenträger lassen Sie bitte ebenfalls in der Kabine, da sie im Untersuchungsraum gelöscht werden.

Die Untersuchung dauert ca. 15 bis 30 Minuten. Für die Untersuchung liegen Sie/Ihr Kind auf einer Untersuchungsliege und befinden sich zu mindestens teilweise innerhalb einer Magnetrohre, diese ist relativ kurz und an beiden Enden offen. Während der Messzeiten, die durch laute Klopferäusche erkennbar sind, sollten Sie möglichst stillliegen, damit die Schnittbilder nicht verwackeln und deshalb unter Umständen Teile der Untersuchung wiederholt werden müssten. Je nach Untersuchungsregion werden Sie/Ihr Kind evtl. aufgefordert, für kurze Zeit den Atem anzuhalten.

b. w.

#### **Wichtige Fragen**

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und besser abschätzen zu können, bitten wir Sie die folgenden Fragen genau zu beantworten:

**Alter in Jahren..... Größe in cm..... Gewicht.....kg**

- |   |    |                          |      |                          |
|---|----|--------------------------|------|--------------------------|
| 1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder andere bioelektrische Implantate?  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 1. Enthält Ihr Körper Metallteile z. B. Prothesen, Granatsplitter, Gefäßclips?  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie Piercings / Tattoos  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten Sie eine OP im zu untersuchenden Körperteil?  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde schon einmal eine Computer-, Kernspintomographie oder Röntgenuntersuchung des jetzt zu untersuchenden Körperbereichs durchgeführt? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nur für Frauen: Könnten Sie schwanger sein?  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

**Notizen zur Aufklärung / Untersuchung (ärztlicherseits auszufüllen):**

**Unterschrift Arzt / Ärztin**

**Einwilligungserklärung**

Über die geplante Untersuchung, Art und Bedeutung, spezielle Risiken und mögliche Komplikationen wurde ich im Aufklärungsgespräch von ..... ausführlich informiert und konnte dabei alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

Saarbrücken/Neunkirchen/St. Wendel, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

Ich bestätige den Erhalt dieses Aufklärungsbogens.

Saarbrücken/Neunkirchen/St. Wendel

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten