

### Aufklärungsbogen zur Kernspintomographie

-bitte nicht beschriften-

Name: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Tel.Nr.: .....

Gewicht:.....

#### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer kernspintomographischen Untersuchung (MR, MRT, NMR abgekürzt) überwiesen.

Es handelt sich um ein modernes **Diagnoseverfahren**, bei dem mittels starker Magnetfelder und Radiowellen Bilder des Körpers **ohne Strahlenbelastung** erzeugt werden.

Die bei uns angewandte Magnetfeldstärke beträgt 1,5 Tesla. Schädigende Wirkungen durch Magnetfelder in dieser Stärke sind bis zum heutigen Tage nicht bekannt.

Vor Beginn der Untersuchung entkleiden Sie sich bitte nach Anweisung der Assistentin. **Legen Sie insbesondere folgende Gegenstände ab: Uhr, Brille, Schmuck, Scheckkarten mit Magnetstreifen, Kleidungsstücke mit Metallteilen, Geldbörsen, Kugelschreiber, Schlüssel, Piercings, Handy, andere Metallteile (Haarspangen etc.)**

Sie werden für die Untersuchung auf einer fahrbaren Liege in eine beleuchtete Röhre von etwa 60 cm Durchmesser innerhalb des Magnetfeldes positioniert. In seltenen Fällen kann dies zu Beklemmungsgefühlen führen, ganz vereinzelt ist es notwendig, Beruhigungsmittel einzusetzen.

Die Untersuchungszeit beträgt 15-20 Minuten. Während der Messungen treten Klopfgeräusche durch das Schalten starker Magnetfelder auf, zur Vermeidung von Beeinträchtigungen des Gehörs erhalten Sie Ohrstöpsel oder einen Gehörschutz.

Entspannen Sie sich und **bleiben Sie bitte ruhig liegen**, da Bewegungen die Bilder unbrauchbar machen können. Sie stehen mit uns jederzeit über eine Gegensprechanlage in Verbindung und erhalten zusätzlich einen Alarmdrücker, um notfalls Kontakt mit uns aufzunehmen.

Bei bestimmten Fragestellungen ist die Gabe eines Kontrastmittels notwendig, das Ihnen über eine Armvene injiziert wird. Diese Kontrastmittel enthalten kein Jod, sind nicht radioaktiv und werden im Allgemeinen sehr gut vertragen. Allergische Reaktionen oder Unverträglichkeitsreaktionen (Wärmegefühl, leichte Übelkeit) treten nur selten auf. Schwere Nebenwirkungen sind sehr selten. Für Untersuchungen des Bauchraumes müssen Sie manchmal Wasser oder eine Zuckerlösung trinken, hierdurch kann kurzzeitig vermehrter Stuhldrang und leichter Durchfall entstehen.

**Bitte wenden→**

**Damit die Untersuchung korrekt durchgeführt werden kann, bitten wir Sie, die folgenden Fragen durchzulesen und zu beantworten:**

Befinden sich **Metallteile** (Prothesen, Gefäßclips, Granatsplitter) in Ihrem Körper?  Ja  Nein  
Hatten Sie schon einmal eine **Operation**?  Ja  Nein

Wenn ja: Wann, was und wo?.....

Ist Ihnen ein **Herzschrittmacher**, eine **Insulinpumpe**, eine **Schmerzpumpe**, ein **Nervenstimulator** oder ein ähnliches medizinisches Gerät eingepflanzt worden?  Ja  Nein  
Ist ein **Nierenleiden** bekannt?  Ja  Nein

Besteht eine **Schwangerschaft**?  Ja  Nein

Besteht aktuell eine **Infektionskrankheit**? (z. Bsp. Hepatitis, HIV, MRSA, Tuberkulose)  
 Ja, .....  Nein

Besteht/bestand eine **Krebserkrankung**?  Ja, .....  Nein

Mit der eventuell notwendigen **Kontrastmittelgabe** bin ich einverstanden:  Ja  Nein

Dürfen wir dem **überweisenden Arzt** einen Bericht schicken?  Ja  Nein

Sollen außer dem überweisenden Arzt **weitere Ärzte** über das Ergebnis informiert werden?  
 Ja, (Name):.....  Nein

Dürfen wir **anderen Ärzten oder Kliniken** (sehr hilfreich bei stationärem Aufenthalt) Auskunft erteilen?  Ja  Nein

Wem dürfen wir **noch Auskunft** erteilen (z.B. Ehepartner, Eltern etc. Bitte namentlich benennen)?

.....  
Dürfen wir die **Befunde per Fax/E-Arztbrief** an Ärzte oder Kliniken weiterleiten?  Ja  Nein  
(Befunde per Post dauern 3-7 Tage)

Bitte geben Sie uns Ihr **Einverständnis**, dass  
- alle Ärzte in der Praxis, auch vertretungsweise, Einsicht in Ihre Unterlagen nehmen dürfen  Ja  Nein  
- wir Einsicht in alte Untersuchungsunterlagen von Ihnen nehmen dürfen  Ja  Nein  
- wir weitere Vorbefunde behandelnder Ärzte und Kliniken anfordern dürfen  Ja  Nein

Eine **Patienteninformation** zur Datenverarbeitung liegt im Wartezimmer aus. Sollten noch Fragen bestehen, werden wir diese gerne beantworten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Aufklärungsbogen gelesen haben, alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet haben und in die Untersuchung einwilligen.

Bad Säckingen, den ..... Unterschrift .....

Bei Minderjährigen ist zusätzlich das Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten erforderlich.

Unterschrift .....  
(Erziehungsberechtigte(r))

Das Einverständnis gilt auf unbestimmte Zeit und kann jederzeit widerrufen werden  
(Befunde sind jedoch in der Regel binnen 24h versandt)

**Bitte behalten Sie den Fragebogen bei sich, bis Sie aufgerufen werden.**

Anamnese: