



## Aufklärungsbogen

### Kernspintomographie (MRT)

---

#### **Kernspintomographie – was ist das?**

---

Die Kernspintomographie verwendet ein starkes Magnetfeld und Radiowellen, um Schichtaufnahmen des Körpers zu erstellen. Röntgenstrahlen kommen dabei nicht zur Anwendung.

---

#### **Was kommt auf Sie zu?**

---

Sie müssen für ca. 30 Minuten in einem Tunnel liegen, der vorne und hinten offen ist. Während der Untersuchung sollten Sie entspannen und sich nicht bewegen. Der Kernspintomograph macht laute brummende und klopfende Geräusche, Sie erhalten einen Gehörschutz.

Wenn Sie unter Platzangst leiden, teilen Sie uns dies bitte frühzeitig vor der Untersuchung mit.

Abhängig von der Fragestellung kann es sinnvoll sein, Ihnen während der Untersuchung ein Kontrastmittel in die Armvene zu spritzen. Dieses Kontrastmittel enthält kein Jod, es kann auch bei bekannter Allergie gegen Röntgenkontrastmittel gegeben werden. Das Kontrastmittel ist in der Regel sehr gut verträglich, in sehr seltenen Fällen können allergische Reaktionen auftreten. Bei einer hochgradigen Nierenfunktionsstörung wird Kontrastmittel nur nach einer strengen Nutzen-/Risiko-Abwägung gegeben. Durch das Legen der Venenverweilkanüle kann es in seltenen Fällen zu Hämatomen, Venenentzündungen, Thrombosen und Austritten des Kontrastmittels in das umgebende Gewebe kommen.

Sollten Sie sich unwohl fühlen, können Sie die Untersuchung jederzeit über eine Alarmklingel abbrechen.

---

#### **Wann kann eine Kernspintomographie nicht durchgeführt werden?**

---

Wegen des starken Magnetfeldes gibt es einige Gründe, weswegen die Untersuchung eventuell nicht durchgeführt werden darf:

- Wenn Sie einen **Herzschrittmacher** tragen
- Wenn sich bestimmte **Metallgegenstände** (Gefäßclips, künstliche Herzklappen, Metallsplitter, Projektile etc.) in Ihrem Körper befinden.

---

#### **Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

---

1. Name:

\_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

3. Größe:

Gewicht:

\_\_\_\_\_cm

\_\_\_\_\_kg

4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?

Nein

Ja

5. Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper (z. B. Gefäßclips, Gelenkprothese, Zahnersatz, Granatsplitter, Akupunkturnadel, Insulinpumpe, Port)?

Nein

Ja

6. Wurden Sie schon einmal an Herz, Kopf, Ohren oder Augen operiert?

Nein

Ja

bitte wenden



7. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Ist bei Ihnen eine Nieren-Funktionsstörung bekannt?

Nein  Ja

9. Leiden Sie an einem Glaukom (Grüner Star)?

Nein  Ja

10. Haben Sie eine Tätowierung?

Nein  Ja

11. Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis o. ä.)?

Nein  Ja

12. Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?

Nein  Ja

13. Besteht eine Schwangerschaft?

Nein  Ja

14. Tragen Sie eine Spirale?

Nein  Ja

**Wichtig:**

Wenn Sie Fragen zur Untersuchung, zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, beantworten wir sie Ihnen gerne. Durch Ihre Un-

terschrift bestätigen Sie uns, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen.

Wir weisen darauf hin, dass sämtliche durch ein Magnetfeld beeinflussbare Gegenstände (Uhren, Schlüssel, Münzen, Scheckkarten, Kugelschreiber, Schmuck, Zahnprothesen, Handys etc.) vor Betreten des Untersuchungsraumes abzulegen sind. Für Schäden und Verletzungen, die bei Nichtbeachtung dieser Vorschrift und der Anweisungen des Untersuchungspersonals entstehen können, haften wir nicht.

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Einverständniserklärung**

Mit der Kernspintomographie und der evtl. erforderlichen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Hannover, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe ich erhalten / möchte ich nicht erhalten.

Hannover, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_