

# DIAGNOSTIK ZENTRUM GRAZ

Computertomographie und Magnetresonanztomographie G.m.b.H. - Mariatrosterstrasse 41, 8043 Graz

Univ. Doz. Dr. P. Kullnig - Univ. Doz. Dr. W. Kopp - Dr. R. Kern - Univ. Doz. Dr. R. Gröll

## MR

## Aufklärungsmerkblatt für die MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT) (Kernspintomographie)

### Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin, zu einer Magnetresonanztomographie (MRT) - Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Der folgende Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

### Was ist eine Magnetresonanztomographie?

Mit der Magnetresonanztomographie wird der Körper ohne Röntgenstrahlen untersucht. Bei der Untersuchung werden durch starke Magnetfelder kurzdauernde Radiowellen erzeugt. Die Signale, die dabei aus dem Körper empfangen werden, werden mit einem Computer ausgewertet. Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei und schädliche Auswirkungen sind derzeit nicht bekannt.

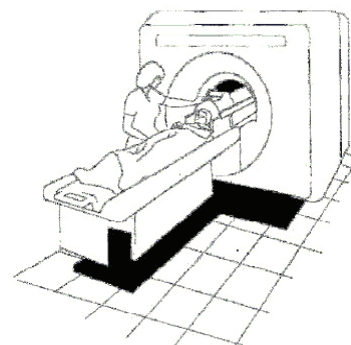
### Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert je nach untersuchtem Organ wenige Minuten bis zu einer Stunde. Sie liegen während der Untersuchung in einer Röhre (siehe Bild).

Sagen Sie bitte der/dem Ärztin/Arzt, falls Sie zu Platzangst neigen.

Während der Untersuchung sind laute Klopfgeräusche zu hören.

Es ist sehr wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen.



### Wozu Kontrastmittel?

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Ihnen eine Kontrastmittelspritze oder Infusion in den Arm verabreicht wird. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe und anatomischer Körperstrukturen der Fall sein und um eventuell krankhafte Veränderungen zu erkennen. Durch das Kontrastmittel kann bei manchen Untersuchungen die Aussagekraft verbessert werden.

### Gibt es Komplikationen?

An der Einstichstelle kann es zu einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Eine normale Reaktion auf Kontrastmittel kann ein Wärmegefühl während der Injektion sein. Es können unter Umständen Unverträglichkeitsreaktionen, wie leichte Blutdruckschwankungen, Übelkeit oder Schmerzen und/oder allergische Reaktionen, wie Juckreiz oder Quaddeln, auftreten. In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.

Wissenschaftliche Untersuchungen \* zeigen, dass ca. 99% der Patienten keine Nebenwirkungen nach Kontrastmittel-Verabreichung haben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Wir können Sie gleichzeitig beruhigen, dass schwere Komplikationen sehr selten auftreten (1:10.000)\* und damit das Risiko der Untersuchung sehr klein ist im Vergleich zum erzielten Nutzen. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

\* Murphy K.J., Adverse Reactions to Gadolinium Contrast Media AJR: 1996; 167: 847-849.

Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

1. **Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung gehabt?**  Ja  Nein
2. **Leiden Sie unter Platzangst?**  Ja  Nein
3. **Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeiten?**  Ja  Nein  
Allergische Reaktionen auf MR-Kontrastmittel sind bisher extrem selten beobachtet worden. Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle.
4. **Haben Sie einen Herzschrittmacher oder eine Insulin-Pumpe?**  Ja  Nein
5. **Haben Sie Implantate oder Prothesen** (wie z.B. Mittelohrimplantate, Herzklappen- oder Hüftprothesen, Zahnprothese, Hörgerät)?  Ja  Nein
6. **Haben Sie Metallteile oder Metallsplitter** (Spirale, Piercing, Marknagel)?  Ja  Nein
7. **Sind Sie tätowiert?**  Ja  Nein
8. **Wurde bei Ihnen eine Operation am Herzen oder am Kopf durchgeführt?**  Ja  Nein
9. **Besteht eine Schwangerschaft?**  Ja  Nein  
wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_
10. **Haben Sie eine Nierenerkrankung?** Ja  Nein
11. **Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, ...) bekannt?** Ja  Nein

12. **Körpergewicht** \_\_\_\_\_ **kg**      **Körpergröße** \_\_\_\_\_ **cm**

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu und bin mit Befund und Bildübermittlung zum behandelnden Arzt, sowie mit einem persönlichen Account für meine Untersuchung im DiagnoseOnline Archiv einverstanden. Ich erkläre mich hiermit auch einverstanden, dass für die Befundung notwendige Voruntersuchungen angefordert werden dürfen.** In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der/des Patientin/en**

(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

\_\_\_\_\_  
**Datum**

**Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem/der Assistenten/in zu übergeben.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der MTD

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

**Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:**

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

Verwaltung:

Erstellung (Dat/Kürzel) 20.03.03 / Loidl

Letzte Änderung (Dat/Kürzel) 12.12.2013 / Schallmeiner

Freigabe (Dat/Kürzel) 12.12.2013 / Doz. Kullnig

Gültig ab: 12.12.2013