



HELIOS Klinikum Berlin – Robert-Rössle-Klinik
Charité – Campus Berlin-Buch • D -13122 Berlin

Charité

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
MEDIZINISCHE FAKULTÄT
DER HUMBOLDT-UNIVERSITÄT
CAMPUS BERLIN-BUCH

Funktionsbereich Radiodiagnostik
Leiter: Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. R. Felix

**Fachambulanz für diagnostische und inter-
ventionelle Radiologie**

Röntgendiagnostik
Tel. (030) 94 17 - 1265
Fax (030) 94 17 - 1281
Email: gebauer@rrk-berlin.de

Name: _____

Vorname: _____

Geb. - Datum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Patientenaufklärung über MR-Mammographie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem behandelnden Arzt zu uns überwiesen worden mit der Bitte eine Magnetresonanz (MRT)-Untersuchung der Brust (Mamma) durchzuführen. Vor der Untersuchung wollen wir Sie hiermit über die Untersuchung informieren und benötigen von Ihnen einige Informationen, damit die Untersuchung reibungslos ablaufen kann.

Bei der Kernspintomographie werden anstelle von Röntgenstrahlen Radiowellen in einem starken Magnetfeld zur Darstellung verwendet. Damit sind Informationen zu erhalten, die mit anderen Methoden nicht zu gewinnen sind.

Mögliche Komplikationen

Schädigende Wirkungen sind nach dem derzeitigen Stand unseres Wissens nicht bekannt. Ein bestimmter Personenkreis kann jedoch – um Risiken zu vermeiden – mit dieser Methode nicht untersucht werden. Bitte beantworten sie deshalb folgende Fragen:

1. Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers? nein ja
2. Sind in Ihrem Körper Metallteile (z.B. Metallprothesen, Metallclips, Granatsplitter, Insulin-/ Zytostatikapumpen, Piercings, Tätowierungen)? nein ja
Festsitzende Zahnprothesenfüllungen stören nicht, entfernbare Prothesen bitte herausnehmen!
3. Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden? nein ja
4. Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie zur Zeit? nein ja
5. Tragen Sie bitte Ihr Körpergewicht ein! _____ kg

Bitte beachten Sie

Legen Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes *Uhren, Wertsachen, Schmuck, Kugelschreiber, Scheckkarten mit Magnetstreifen und alle anderen Metallteile* in der Kabine ab.

Bitte wenden!

Durchführung der Untersuchung

Sie liegen in Bauchlage bekleidet auf einer beweglichen Liege. Dabei werden die Brüste (Mammae) in eine spezielle Spule gelegt und ähnlich der Mammographie von der Seite komprimiert. Sie werden mit dem Tisch langsam ungefähr 1 bis 2 m in die etwa 50 cm große Öffnung des Gerätes bewegt. Die Untersuchungszeit beträgt je nach Fragestellung 15-30 Minuten. Während der einzelnen Messungen hören Sie ein Klopfgeräusch. Für eine qualitativ hochwertige Untersuchung sollten Sie sehr ruhig liegen, sich nicht bewegen und die Armmuskulatur nicht anspannen. Sie stehen fortwährend unter ärztlicher Überwachung.

Im Rahmen der Untersuchung ist es unerlässlich, dass Ihnen über einen Zugang Kernspin-Kontrastmittel intravenös verabreicht wird. Bei dem verwendeten Kontrastmittel handelt es sich um ein Gadolinium-Präparat, welches speziell für die Kernspintomographie entwickelt wurde. Bisher sind keine Kontraindikationen für die Anwendung bekannt. Sehr selten wurden leichte Nebenwirkungen wie kurzzeitige lokale Wärme- bzw. Schmerzgefühle im Zusammenhang mit der Venenpunktion und der Kontrastmittelinjektion beschrieben. Bei rascher Injektion können in manchen Fällen Geschmackssensationen auftreten. Allergische Reaktionen sind möglich.

Erklärung des Patienten

Herr/Frau Dr. _____

hat mit mir heute ein Aufklärungsgespräch geführt, bei dem ich alle mich interessierenden Fragen stellen konnte.

Ich willige hiermit in die Untersuchung ein.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten

bzw. Sorgeberechtigten: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Notizen des aufklärenden Arztes:

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass aus ärztlicher Sicht eine Indikation für die Anwendung des Kontrastmittels besteht.

Bitte unterschreiben Sie diesen Vordruck, wenn Sie keine weiteren Fragen mehr haben und der Untersuchung zustimmen.

Ich willige hiermit in die Kontrastmittel-Injektion ein.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten

bzw. Sorgeberechtigten: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Um die gewonnenen Daten der Kernspintomographie optimal auswerten zu können, benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben zu Ihrem bisherigen Krankheitsverlauf bzw. Beschwerden.

Eigenanamnese:

1. Warum kommen Sie zur heutigen Untersuchung?

	Vorsorge <input type="checkbox"/>
	Nachsorge <input type="checkbox"/>
	Beschwerden <input type="checkbox"/>
	Unklarer Befund <input type="checkbox"/>

2. Haben Sie Veränderungen der Brust bemerkt?

	Schmerzen <input type="checkbox"/>
	Knoten <input type="checkbox"/>
	Ausfluß <input type="checkbox"/>
	Brustwarzenveränderungen <input type="checkbox"/>

3. Sind bei Ihnen schon Eingriffe an der Brust vorgenommen worden?

	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-----------------------------

Wenn **Ja**, welche und wann?

<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> rechts _____	<input type="checkbox"/> links _____
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> rechts _____	<input type="checkbox"/> links _____
<input type="checkbox"/> Punktion	<input type="checkbox"/> rechts _____	<input type="checkbox"/> links _____
<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> rechts _____	<input type="checkbox"/> links _____
<input type="checkbox"/> Implantat	<input type="checkbox"/> rechts _____	<input type="checkbox"/> links _____

4. Erste Regelblutung mit _____ Jahren
5. Haben Sie noch regelmäßig ihre Periode?

	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-----------------------------

Wenn **Ja**, an welchem Tag war Ihre letzte Regelblutung? _____

Wenn **Nein**, in welchem Lebensalter ist die Regelblutung ausgeblieben? _____ Jahren

6. Nehmen Sie zur Zeit ein Hormonersatz-Präparat?

	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-----------------------------

Wenn **ja**, welches ? _____

7. Nehmen Sie zur Zeit ein Kortison-Präparat?

	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-----------------------------

Wenn **ja**, welches ? _____

8. Sind bei Ihnen andere Tumorerkrankungen bekannt?

	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-----------------------------

Wenn **ja**, welche ? _____

Familienanamnese:

9. Sind in Ihrer Familie Tumorerkrankungen bekannt? nein ja
(Insbesondere Brust- oder Unterleibskrebs)
- Wenn ja,
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mutter | | | Lebensalter zum
Erkrankungsbeginn:
_____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> Schwester | | | _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> Tochter | | | _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> Großmutter (mütterlicherseits) | | | _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> Großmutter (väterlicherseits) | | | _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> andere | | | _____ Jahre |
10. Ist ein männliches Familienmitglied an Brustdrüsenkrebs erkrankt? nein ja