



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. h. c. R. Felix

**Fachambulanz für diagnostische und
interventionelle 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 Magnetresonanztomographie (MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Kernspintomographie soll krankhafte Veränderungen für den Arzt sichtbar machen. Anstelle von Röntgenstrahlen werden zur Darstellung Ihres Körpers Radiowellen in einem Magnetfeld 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

Durchführung der Untersuchung

Sie liegen bekleidet auf einer beweglichen Liege, die sich langsam ungefähr 1 bis 2 m in die etwa 50 cm große Öffnung des Gerätes bewegt. Je nach Umfang der Untersuchung beträgt die Untersuchungszeit bis zu 1 ½ Stunden. Während der einzelnen Messungen, die jeweils 5-15 Minuten dauern und in denen Sie ein Klopfgeräusch hören, sollten Sie ruhig und entspannt liegen. Sie stehen fortwährend unter ärztlicher Überwachung.

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!**

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: _____

Einwilligung zu einer Kontrastmitteluntersuchung

Es ist bei Ihnen die Durchführung einer Kontrastmitteluntersuchung geplant. Diese Untersuchung ist notwendig für die Diagnosestellung und eventuelle spätere Therapie.

Bei dem verwendeten Kontrastmittel handelt es sich um Gadolinium- oder Eisen-Präparate, welche speziell für die Kernspintomographie entwickelt sind. 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.

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 Untersuchung ein.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten

bzw. Sorgeberechtigten: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Für Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres: Als Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigter willige ich mit meiner obigen Unterschrift in die Kontrastmitteluntersuchung meines Kindes ein und erkläre hiermit, dass eine Einwilligung meines/r miterziehungsberechtigten Partners/in als gegeben vorausgesetzt werden kann.

Unterschrift eines Zeugen: _____