



2.1.1 (1) IR 3

Dr. med. D. Breuer, DM E. Illmann, Ch. Rohde  
PD Dr. med. habil. A. G. Bach, Tino Harth, DM W. Köpfernik  
Steg 1, 06110 Halle (Saale), Tel. (0345) 69267-0  
kontakt@radiologie-saaleklinik.de, www.radiologie-saale-klinik.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

die MRT soll krankhafte Veränderungen mittels Radiowellen in einem starken Magnetfeld zur bildlichen Darstellung bringen. Es werden keine Röntgenstrahlen angewandt. Gefahren für den Patienten können von bestimmten Metallteilen im oder am Körper (z.B. Herzschrittmacher) ausgehen, die durch den Magneten bewegt werden können oder in denen Ströme angeregt werden. Ansonsten ist nach heutigem Erkenntnisstand die Untersuchung für den Patienten ungefährlich.

Die Untersuchung in der Röhre dauert ca. 20 Minuten. Während der Messungen entstehen technisch bedingt laute Geräusche. Dies ist normal. Sie erhalten einen Hörschutz. Auch wenn Sie sich während der Untersuchung allein im Magneten befinden, so sind Sie doch ständig in unserer Überwachung.

Sollte bei Ihnen eine bestehende Angst in engen Räumen (Klaustrophobie) bekannt sein, so teilen Sie dieses vor der Untersuchung unserem Personal mit.

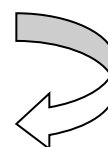
Besonders wichtig für das Gelingen der Untersuchung ist eine ruhige und völlig bewegungslose Lage. Sagen Sie uns deshalb zu Beginn der Untersuchung, falls wir Sie unbequem positioniert haben.

Bei Untersuchungen im Bereich des Brustkorbes und des Bauchraumes erhalten Sie unter Umständen während der Untersuchung ein Atemkommando (z.B. Einatmen – Luft anhalten). Wenn Sie die Luft nicht lange genug anhalten können, atmen Sie bitte ganz langsam mit möglichst wenig Bewegung weiter.

Gelegentlich ist die Verabreichung eines Kontrastmittels in eine Vene zur Verbesserung der bildlichen Darstellung erforderlich. Dies wird in aller Regel hervorragend vertragen. Überempfindlichkeitsstörungen wie z.B. Übelkeit, Juckreiz, Hautausschlag und Atembeschwerden sind bei millionenfacher Anwendung sehr selten aufgetreten.

Bitte legen Sie in der Umkleidekabine alle Metallgegenstände vom Körper ab, wie Metallschnallen, Verschlüsse, Schmuck, Uhr, Brille, Hörgerät, Schlüssel, Geldmünzen, Scheckkarten, Chipkarten. Füllen Sie jetzt bitte den Bogen auf der Rückseite vollständig aus.

**Den Bogen bitte wenden!**





2.1.1 (1) IR 3

Bitte lesen Sie zuerst die Informationen auf der Vorderseite. Danach füllen Sie diesen Bogen bitte vollständig in DRUCKBUCHSTABEN aus. Zutreffendes bitte ankreuzen:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Körpergewicht: kg

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Tragen Sie Geräte wie Neurostimulator, Pumpe, Hörgerät, Ereignisrekorder oder Diabetikersensor?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Metall in / an Ihrem Körper, wie Prothesen, Splitter, Clips, Piercings?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wurden Sie an Kopf oder Herz operiert?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Besteht eine Nierenfunktionsstörung?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ist eine Allergie auf MRT-Kontrastmittel bekannt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<u>Bei Frauen:</u> Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ich benötige eine Kopie dieser Aufklärung.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Wo sind die Beschwerden?
Seit wann haben Sie Beschwerden?
Was für Beschwerden liegen vor? Wie stark? Vorheriges Trauma?
Gibt es frühere radiologische Aufnahmen aus dem Untersuchungsgebiet? Wann? Welche Klinik?
Wurden Sie im Untersuchungsgebiet operiert? Wann? In welcher Klinik/ Praxis?
Wann haben Sie den nächsten Termin bei Ihrem Arzt? Datum:

Ich habe die Information verstanden und keine weiteren Fragen. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die MRT Untersuchung ein.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ich bin mit der Anforderung von Voraufnahmen und Befunden einverstanden.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Erziehungsberechtigter\*  
\*Bei Unterschrift nur eines Elternteils versichert dieser damit auch das Einverständnis des anderen Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/ Vertreter