



## MRT INFORMATION UND EINWILLIGUNG

**OTC** | ORTHOPÄDIE  
TRAUMATOLOGIE  
CENTRUM **REGENSBURG**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Zur weiteren Diagnostik möchten wir bei Ihnen eine MRT-Untersuchung (auch Kernspintomografie, oder Magnetresonanztomografie) durchführen. Hierbei werden mit Hilfe eines starken Magnetfelds Schnittbilder z.B. von der Wirbelsäule, oder von Gelenken erzeugt, um krankhafte Veränderungen zu erkennen bzw. solche auszuschließen.

### WIE LÄUFT DIE UNTERSUCHUNG AB?

Zu Beginn der MRT-Untersuchung werden Sie auf einer bequemen Liege gelagert und anschließend in das MRT-Gerät hineingefahren. Um gute Bilder zu erzielen, ist es sehr wichtig, dass Sie die gesamte Zeit ruhig und entspannt liegen. In den kurzen, an beiden Enden offenen Tunnel strömt ständig Frischluft. Bei zahlreichen Untersuchungen befindet sich der Kopf nicht im Gerätetunnel, sondern außerhalb des Magneten. Während der Untersuchung treten regelmäßig zum Teil laute klopfende Geräusche mit unterschiedlichem Rhythmus auf. Gegen dieses Klopfen erhalten Sie von uns einen wirksamen Gehörschutz. Sollten Sie sich während der Untersuchung nicht wohl fühlen, können Sie sich problemlos mit einer Klingel bemerkbar machen. Außerdem beobachten wir die gesamte Untersuchung von unserem Bedienpult aus. Wenn Sie zu Beklemmung in engen Räumen neigen, geben wir Ihnen nach Absprache ein schnell wirksames Beruhigungsmittel. In der Regel dauert eine Untersuchung ca. 20 Minuten. Der Beginn und die endgültige zeitliche Dauer der MRT-Untersuchung können jedoch vorher nicht auf die Minute festgelegt werden. Im Tagesverlauf kommen außerdem im Untersuchungsprogramm einzelne akute Notfälle dazu, denen wir gerecht werden müssen. Haben Sie bitte Verständnis, wenn trotz sorgfältiger Terminplanung Wartezeiten entstehen.

### WANN DARF KEINE MRT-UNTERSUCHUNG DURCHGEFÜHRT WERDEN?

Wenn Sie einen Herzschrittmacher tragen, ist bei Ihnen leider keine MRT-Untersuchung möglich, da das Magnetfeld die Funktion des Herzschrittmachers stört. Bei metallischen Fremdkörpern (Metallsplitter, Clips) im Gehirn, Augapfel, in der Lunge oder nahe an Blutgefäßen und bei Metall-Implantaten im Mittel- oder Innenohr führen wir eine MRT-Untersuchung aus Sicherheitsgründen nicht durch.

### KÖNNEN BEI EINEM MRT KOMPLIKATIONEN AUFTRETEN?

Make-up und Tätowierungen können vereinzelt zu leichten Hautreizungen führen. In sehr seltenen Fällen kann es bei der Verwendung von Kontrastmitteln zu leichten allergieähnlichen Hautreaktionen mit Unwohlsein kommen. In extrem seltenen Fällen (ca. 1:8.000.000) können bei der Verwendung von Kontrastmitteln ernstere allergische Reaktionen auftreten. Ob und warum eine Kontrastmittelgabe für Ihre MRT-Untersuchung erforderlich ist, erfahren Sie vor der Untersuchung von Ihrem Arzt.

### IST EINE KONTRASTMITTELGABE ERFORDERLICH?

Bei einigen Fragestellungen ist es notwendig, zur MRT-Untersuchung Kontrastmittel zu verwenden. Diese werden über eine Armvene gespritzt. Die MRT-Kontrastmittel sind ca. 10-mal besser verträglich als jodhaltige Kontrastmittel und können auch bei bestehender Jodallergie (Allergie gegen Röntgen-Kontrastmittel) eingesetzt werden. Sehr selten können eine leichte Übelkeit, oder ein Hautaus-

schlag ausgelöst werden. Extrem selten kann jedoch eine Erkrankung ausgelöst werden (sog. nephrogene systemische Fibrose), die mit einer nicht behandelbaren Bindegewebserkrankung der Haut einhergeht und zu einer bleibenden Einschränkung der Beweglichkeit/Organschädigung führen kann.

\$(patient\_name)\$, \$(patient\_vorname)\$, geb. \$(pg)\$

## WAS MUSS ICH VOR DER UNTERSUCHUNG BEACHTEN?

Bitte lassen Sie alle Metallgegenstände (z.B. Mobiltelefon, Uhr, Schlüssel, Taschenmesser, Münzen, Hörgerät, Zahnprothesen) außerhalb des Untersuchungsraumes in Ihrer Umkleidekabine. Kreditkarten, EC-Karten u.ä. werden durch das starke Magnetfeld zerstört und müssen ebenfalls in der Kabine zurückgelassen werden. Sie werden bei der Untersuchung noch einmal daran erinnert. Bei Untersuchung der Wirbelsäule bitte BH ablegen. Verzichten Sie bitte bei Untersuchungen der Kopf-Hals-Region auf Wimperntusche/Schminke bzw. entfernen Sie diese vor der Untersuchung sorgfältig.

## WAS MUSS ICH NACH DER UNTERSUCHUNG BEACHTEN?

Nach Ende der Untersuchung sind vom Patienten keine besonderen Verhaltensmaßnahmen zu beachten. Ausnahme: Beruhigungsmittel während der Untersuchung. In diesem Fall müssen das Steuern eines Kraftfahrzeugs und die Arbeit an gefährlichen Arbeitsplätzen bis 24 Stunden nach der Untersuchung unterbleiben. Außerdem müssen Sie sich von einer Begleitperson abholen lassen. **Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf!**

**Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte sorgfältig und vollständig!**

- |                                                                                                                                                                                    |                             |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Tragen Sie ein Cochleaimplantat («Hörprothese»)?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Wurde bei Ihnen schon einmal eine MR-Tomografie durchgeführt?                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Gab es bei dieser MR-Tomografie Komplikationen?                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Gab es bei früheren Untersuchungen Kontrastmittel-Reaktionen?                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Leiden Sie an Klaustrophobie (Beklemmungen in engen Räumen)?                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Wurden Sie schon einmal operiert und hierbei Metallteile (Clips im Gehirn, Gefäß-Stents, Insulin-/Schmerzpumpen, Neurostimulatoren, orthopädische Implantate o.ä.) implantiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Können sich andere Metallteile in Ihrem Körper befinden (Metallsplitter z.B. im Auge, Granatsplitter, Schrotkugeln, Piercings, Tätowierungen u.ä.)?                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung (Einschränkung der Nierenfunktion)?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Könnten Sie schwanger sein?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Wurden Sie bereits einmal operiert?                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Körpergewicht:                                                                                                                                                                 | _____                       | kg                            |
| 14. Körpergröße:                                                                                                                                                                   | _____                       | cm                            |

Ergänzungen zu 1. – 14.: \_\_\_\_\_

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass der MRT-Befund durch das OTC | REGENSBURG unter Beiziehung von externen radiologischen Fachärzten (Radiologische Praxis Andreas Winter, Ruderatshofener Straße 29, 87161 Marktoberdorf und Fa. teleXmed GmbH, Karthäuserhofweg 10, 56075 Koblenz) erstellt wird. Ich bin auch einverstanden, dass für die konsiliarische Mitbeurteilung diese radiologischen Fachärzte auf meine Krankengeschichte im OTC | REGENSBURG zugreifen können und dass meine MRT-Bilder und weitere im PACS (Bildatenbank) des OTC | REGENSBURG enthaltenen Bilder an diese radiologischen Fachärzte übermittelt werden. Für mich entstehen hierdurch keine zusätzlichen Kosten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ich habe die o.g. Erklärungen zur Kenntnis genommen, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Bedenkzeit. Alle für mich relevanten Informationen habe ich erhalten. Die Richtigkeit o.g. Angaben wird bestätigt. Ich willige in die Kernspintomographie und die evtl. Kontrastmittelgabe ein. Die beigefügte Information betreffend rechtzeitiger Terminstornierung im Verhinderungsfalle und Kostenfolge bei Versäumnis habe ich verstanden.

Regensburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/-in, oder gesetzliche/-r Vertreter/-in

\_\_\_\_\_  
Arzt



## WICHTIGE INFORMATIONEN ZU IHRER MRT-UNTERSUCHUNG

**OTC** | ORTHOPÄDIE  
TRAUMATOLOGIE  
CENTRUM **REGENSBURG**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## TERMIN IHRER UNTERSUCHUNG

\_\_\_\_\_  
Datum, Uhrzeit

**SEHR WICHTIG:  
BITTE ERSCHEINEN SIE UNBEDINGT  
PÜNKTLICH ZU IHREM TERMIN VOR ORT.**

## ORT DER UNTERSUCHUNG

### MRT | IM DÖRNBERGFORUM REGENSBURG

Joseph-Dahlem-Straße 7  
93049 Regensburg

Fon +49 941 785395-200  
Fax +49 941 785395-300  
info@mrt-imdoernbergforum.de  
www.mrt-imdoernbergforum.de

Parkplätze im Haus.



## FALLS SIE DEN TERMIN NICHT WAHRNEHMEN KÖNNEN

Leider kommt es immer wieder vor, dass Patienten Ihre MRT-Termine nicht wahrnehmen und auch nicht rechtzeitig absagen. Dies stellt uns vor große Probleme, da diese Termine nicht – wie zum Beispiel in unserer Sprechstunde – kurzfristig nachbesetzt werden können.

**SEHR WICHTIG: TERMINE MÜSSEN MINDESTENS 24 STUNDEN VOR DER UNTERSUCHUNG UNTER O.G. KONTAKT ABGESAGT WERDEN.**

Bei Nichterscheinen, oder Nichtabsage behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten in Rechnung zu stellen. Bei unverschuldetem Nichterscheinen entstehen Ihnen natürlich keine Kosten.