

Dr.med.Reimund Parsche | FA für Diagnostische Radiologie/SP Neuroradiologie  
Dipl.-Med. Martina Parsche | FÄ für Diagnostische Radiologie  
Juliane Parsche | FÄ für Radiologie  
Dr. med. Sigrun Badke | FÄ für Diagnostische Radiologie

Röntgen • CT • MRT • Mammographie • Sonographie • Neuroradiologie • Gefäßdiagnostik  
Radiologische Praxis Neuruppin GbR (BAG) • Fehrbelliner Str. 38 • Haus Z • 16816 Neuruppin • Tel: 03391 394011+394035 • Fax: 394009

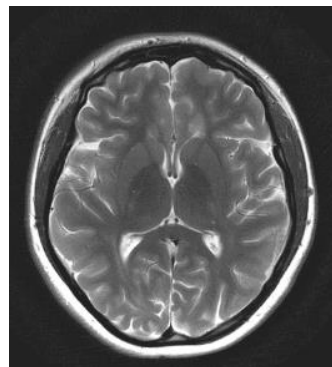
## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Größe:	cm	Körpergewicht: kg

die Magnetresonanztomographie (MRT) oder auch Kernspintomographie ist eine moderne, bereits etablierte Methode der bildgebenden Diagnostik, wobei Bilder durch ein starkes Magnetfeld (hier 1,5 oder 3 Tesla) und Radiowellen erzeugt werden. Hierzu erfolgt die Lagerung im Untersuchungsgerät (beidseits offene, beleuchtete und gut belüftete „Röhre“).



Magnetresonanztomograph



MRT-Bild des Gehirns



MRT-Bild der Halswirbelsäule

Schädigende Wirkungen der MRT sind im Gegensatz zu Röntgenverfahren nach über 30 Jahren klinischen Einsatz nicht bekannt. Insbesondere aufgrund des starken Magnetfeldes resultieren jedoch bei bestimmten metallischen Implantaten (z.B. Herzschrittmacher) Gefahren wie Erwärmung oder Zerstörung der Elektronik. Beantworten Sie bitte deshalb die nachfolgenden Fragen auf der Rückseite gewissenhaft, um Risiken zu vermeiden.

Die Untersuchung im MRT dauert je nach Körperregion und Fragestellung etwa 15-30 Minuten und ist für Sie mit „Klopfgeräuschen“ während der Untersuchung verbunden.

Bei einigen Untersuchungen ist die intravenöse Verabreichung eines MRT-Kontrastmittels erforderlich. Diese gadoliniumhaltigen Präparate sind allgemein gut verträglich. Seit 2014 ist bekannt, dass bei mehrfachen Anwendungen eine Anreicherung von Gadoliniumspuren in bestimmten Hirnregionen erfolgt, ohne dass hieraus klinisch fassbare Symptome resultieren.

Wir wenden nur makrozyklische Gadoliniumpräparate gewichtsadaptiert an, hier ist dieser Effekt minimal, außerdem prüfen wir immer sehr streng, ob die Kontrastmittelgabe medizinisch zwingend erforderlich ist. Wir können Ihnen auf Wunsch hierzu auch aktuelle

wissenschaftliche Studien und die Empfehlungen der Deutschen Röntgengesellschaft zur Verfügung stellen.

Im Gegensatz zu Röntgenkontrastmitteln ist MRT-Kontrastmittel nicht jodhaltig und beeinflusst nicht die Schilddrüsenfunktion. Lediglich bei stark eingeschränkter Nierenfunktion ist besondere Vorsicht geboten. Bitte bringen Sie deshalb, falls vorhanden, nach Möglichkeit folgenden Blutwert zur Untersuchung mit: „Kreatinin-Wert“

Auswärtige Voruntersuchungen können bei der aktuellen Bewertung hilfreich sein und eventuell weitere Untersuchungen erübrigen, wenn verfügbar, stellen Sie uns Bilder und Befunde bitte zum Kopieren zur Verfügung, Sie erhalten Ihre Originale umgehend zurück.

**Fragen zur sicheren Vorbereitung und Durchführung der MRT, bitte bei „nein“ oder „ja“ ankreuzen:**

<b>Fragen</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?		
Befinden sich Implantate oder andere Metallteile in Ihrem Körper?		
Wenn ja welche? (z. B. Metallsplitter, Insulinpumpen, Neurostimulatoren, Ohrimplantate, Herzklappen, Gefäßclips)		
Besitzen Sie Piercing oder Tätowierungen an Ihrem Körper		
Liegt bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion vor?		
Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?		
Wurde bei Ihnen schon eine MRT-Untersuchung durchgeführt?		
Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen?		
Wenn ja, traten dabei Nebenwirkungen bei Ihnen auf?		
Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein?		

*Sollten **Sie** noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unser Personal!*

### **Einverständniserklärung zur MRT-Untersuchung**

Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit in die Untersuchung ein.

*Datum:* \_\_\_\_\_ *Unterschrift Patient/ges. Vertreter:* \_\_\_\_\_

Dieser Aufklärungsbogen wird von der Radiologischen Gemeinschaftspraxis archiviert. Mir ist bekannt, dass ich eine Kopie erhalten kann, ich verzichte auf die Aushändigung der Kopie. Die Datenschutzerklärung der Praxis ist mir bekannt und wird akzeptiert.

*Unterschrift:* \_\_\_\_\_