



## INFORMATIONSBLETT UND FRAGEBOGEN FÜR DIE MAGNETRESONANZUNTERSUCHUNG

### Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Ihr behandelnder Arzt/Ihre behandelnde Ärztin hat Sie an uns mit der Bitte überwiesen, eine Magnetresonanz-Untersuchung (MR) durchzuführen. Bitte lesen Sie das vorliegende Informationsblatt aufmerksam durch.

### Was ist eine Magnetresonanzuntersuchung?

Es handelt sich um ein bildgebendes Verfahren, das keine ionisierende Strahlung (Röntgenstrahlen oder radioaktive Pharmaka) verwendet. Das Bild entsteht aufgrund von elektromagnetischen Signalen des eigenen Körpers, die durch äußere Magnetfelder und Radiowellen induziert werden. Die Untersuchung wird laut den bestehenden Sicherheitsrichtlinien und Standards durchgeführt, ist nicht invasiv, und soweit bisher bekannt, ohne schädliche Auswirkungen.

**Trotzdem sollte man als Vorsichtsmaßnahme von einer RM-Untersuchung in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten absehen.**

### Durchführung der Untersuchung:

Die Untersuchung ist schmerzfrei.

- Vor der Untersuchung müssen Sie alle Schmuckgegenstände, Uhr, Piercings, Brillen, Kontaktlinsen, die herausnehmbare Zahnprothese, Hörgeräte, Haarklammern oder andere Metallgegenstände in der Umkleidekabine ablegen, den BH ausziehen und Schminke und Haarlack entfernen.
- Für die Untersuchung müssen Sie alle Kleider bis auf die Unterwäsche ablegen und einen Krankenhauskittel überziehen. Die Unterwäsche darf keine Gold- oder Silberstickereien enthalten und sollte am besten aus Naturmaterialien sein.
- Die Untersuchung dauert, abhängig vom Organ, von ca. 20 Minuten bis zu einer Stunde.
- Sie werden auf dem Untersuchungstisch positioniert. Je nach zu untersuchendem Körperteil werden sog. Spulen angelegt. Anschließend werden sie langsam in den Tunnel des Gerätes gefahren.
- Während der Untersuchung hören Sie ein lautes, rhythmisches Klopfen, das von der normalen Funktion des Gerätes herrührt. Sie erhalten dafür einen Gehörschutz (Ohrstöpsel/Kopfhörer).
- Für die gesamte Untersuchungsdauer sollten Sie so unbeweglich wie möglich bleiben und regelmäßig atmen, denn jede Bewegung kann die Beurteilbarkeit der Untersuchung einschränken.
- Es kann sein, dass Sie während einiger Untersuchungsphasen gebeten werden, die Luft anzuhalten.
- Sie sind kontinuierlich unter ärztlicher Aufsicht. Selten treten ein leichtes Unwohlsein wie Wärme, Juckreiz, beschleunigter Puls oder ähnliches bzw. Platzangst auf. In diesen Fällen können Sie jederzeit mit Hilfe eines Signalknopfes die zuständigen Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen rufen.

Wir sind stets bemüht, Ihre Vormerkzeiten einzuhalten. Durch Notfälle kann es aber zu unvorhergesehenen Wartezeiten kommen. Wir werden Sie sofort informieren und bitten um Ihr Verständnis.

### Warum Kontrastmittel?

Es ist möglich, dass bei dieser Untersuchung ein Kontrastmittel (Gadolinium) intravenös verabreicht werden muss, um die zu untersuchenden anatomischen Strukturen besser darstellen und eventuelle pathologische Veränderungen genauer erkennen zu können. Die zur Zeit gebräuchlichen Kontrastmittel sind sehr sicher und wurden bereits Millionen von Patienten und Patientinnen verabreicht. Lediglich in sehr seltenen Fällen treten Nebenwirkungen auf. Das Personal des Dienstes für Röntgendiagnostik ist für die Versorgung bei evtl. Reaktionen geschult. Die selten auftretenden Reaktionen sind:

- **Leichte Reaktionen** wie Niesen, Schnupfen. Diese bedürfen keiner Therapie.

- **Schwere Reaktionen (0,01%),** wie z. B. Atembeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Krampfanfälle und Bewusstseinsverlust. Diese Nebenwirkungen benötigen einer medizinischen Therapie.
- Im Falle einer schweren Niereninsuffizienz, bei dialysepflichtigen oder transplantierten Patienten kann die Kontrastmittelgabe (Gadolinium) zu einer systemischen nephrogenen Fibrose führen, einer seltenen und potentiell lebensbedrohenden Erkrankung mit fibrotischen Veränderungen der Haut und des Bindegewebes.

Das Risiko ist im Verhältnis zum Nutzen der Untersuchung sehr gering.

**Um weitere Risikofaktoren auszuschließen, bitten wir Sie, die Fragen auf dem beiliegenden Fragebogen zu beantworten.**

## Einverständniserklärung zur Magnetresonanz-Untersuchung und der Verabreichung KM

Ich Unterfertiger/Unterfertigte \_\_\_\_\_

geboren in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

bestätige, in angemessener Weise von \_\_\_\_\_

über die individuelle klinische Situation informiert worden zu sein, und dass sämtliche Fragen diesbezüglich klar und verständlich beantwortet worden sind.

**Demnach habe ich verstanden, dass mit dem Ziel, die aktuelle Situation zu verbessern, und/oder Verschlechterungen meiner klinischen Situation zu vermeiden, es angebracht ist, eine Magnetresonanz-Untersuchung durchzuführen.**

**Ich bestätige hiermit, alle Informationen/Erklärungen zur MR-Untersuchung und eventuellen Verwendung des Kontrastmittels erhalten und verstanden zu haben.**

Mir ist bekannt, dass die Untersuchung auch nach Beginn auf meine Anfrage hin unterbrochen werden kann, ohne Folgen, jedoch ohne die diagnostischen Informationen aus dieser Untersuchung.

**Im Bewusstsein der gelieferten Antworten und der eventuellen mit der Untersuchung verbundenen Komplikationen und Risiken,**

- gebe ich mein volles Einverständnis und stimme der Magnetresonanz-Untersuchung zu;**  
 **stimme ich der Magnetresonanz-Untersuchung NICHT ZU.**

\_\_\_\_\_  
Datum und Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/der Patientin  
(oder des gesetzlichen Vertreters)

**Ich bestätige alle Informationen bezüglich der Kontrastmittelgabe erhalten zu haben, und somit**

- ermächtige ich, falls notwendig, die Verabreichung von Kontrastmittel;**  
 **ich verweigere die Verabreichung von Kontrastmittel.**

\_\_\_\_\_  
Datum und Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/der Patientin  
(oder des gesetzlichen Vertreters)

## FRAGEBOGEN

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Gewicht' \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_

**Wurden Sie in der Vergangenheit MR-Untersuchungen unterzogen?**  NEIN  JA

Wenn ja, kam es zu Zwischenfällen? Zu welchen?

---

### Leiden Sie an:

**Platzangst?**  NEIN  JA

**Nierenerkrankungen mit Funktionseinschränkung?**  NEIN  JA

**Allergien, Asthma oder Unverträglichkeit von Medikamenten/Kontrastmitteln?**  NEIN  JA

**Sind Sie Träger/in eines Herzschrittmachers, Defibrillators, einer Insulin- oder Zytostatikapumpe, von Neurostimulatoren oder anderen fixen elektronischen Implantaten?**  NEIN  JA

Wenn ja, welche und wo?

---

**Wurden Sie je einem chirurgischen Eingriff unterzogen, bei dem Prothesen oder andere Metallkörper implantiert wurden, z.B. Herzklappen, Cochleaimplantate, Gelenksprothesen, Gefäßclips?**  NEIN  JA

Wenn ja, welche? Bringen Sie bitte möglichst Unterlagen (z.B. Implantatsausweis) mit.

---

**Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile wie Schrauben, Nägel oder Drähte von chirurgischen oder orthopädischen Eingriffen?**  NEIN  JA

Wenn ja, welche und wo?

---

**Tragen Sie ein Hörgerät, Zahnprothesen, Kontaktlinsen oder Linsenimplantate?**  NEIN  JA

**Befinden sich in Ihrem Körper irgendwelche Metallsplitter?**  NEIN  JA

Wenn ja, welche und wo?

---

**Haben Sie Tätowierungen oder tragen Sie Piercings?**  NEIN  JA

**Verwenden sie gerade Therapie-Pflaster?**  NEIN  JA

**Leiden Sie an Sichelzellanämie?**  NEIN  JA

### *Nur für Frauen*

**Sind Sie schwanger?**  NEIN  JA

Wenn ja, im wievielten Monat? \_\_\_\_\_

**Sind Sie Trägerin einer metallhaltigen Spirale/IUD?**  NEIN  JA

Wenn ja, wird angeraten, nach der Magnetresonanz-Untersuchung bei einer gynäkologischen Untersuchung den korrekten Sitz kontrollieren zu lassen.

**Stillen Sie?**  NEIN  JA

---

**Zur Durchführung der Untersuchung müssen sie Brille oder Kontaktlinsen, Hörgeräte, Zahnprothesen, Haarspangen, jeglichen Schmuck und metallischen Gegenstand sowie die gesamte Kleidung (auch BH) bis auf die Unterwäsche ablegen. Man bittet Sie, sich abzuschminken und Haarlack zu entfernen.**

**DER/DIE FÜR DIE UNTERSUCHUNG ZUSTÄNDIGE RÖNTGENARZT/RÖNTGENÄRZTIN ERTEILT**  
aufgrund der vom Patient/Patientin gelieferten Antworten und der im Bedarfsfall durchgeführten ärztlichen Visite,  
**DIE ERMÄCHTIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DER MR-UNTERSUCHUNG**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Radiologen