

**MRT Fragebogen** (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau  Herr

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Beihilfe (nur privat)  nein  ja

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg / Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?  nein  ja

Stillen Sie zurzeit?  nein  ja

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**?  nein  ja

Sind in Ihrem Körper **Metallteile**?  nein  ja

Wenn ja, welche ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe                | <input type="checkbox"/> Port                                 |
| <input type="checkbox"/> Cochlea-Implantat<br>(Ohr-Implantat) | <input type="checkbox"/> Shunt                                |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Augenlinse                | <input type="checkbox"/> Metallsplitter                       |
| <input type="checkbox"/> Stents (in Gefäßen)                  | <input type="checkbox"/> Permanent Make-Up                    |
| <input type="checkbox"/> Gefäßclip                            | <input type="checkbox"/> Tattoos / Piercing                   |
|   | <input type="checkbox"/> sonstiges<br>(z.B. loser Zahnersatz) |

Welche **Beschwerden** haben Sie an dem zu untersuchenden Körperteil?  links  rechts

Seit **wann** bestehen die Beschwerden?

Wann treten die Beschwerden auf?  
 in Ruhe  bei Belastung  nachts

Hatten Sie an diesem Körperteil/- abschnitt einen **Unfall** oder eine ungewöhnliche Belastung?  nein  ja

Wurden Sie an diesem Körperteil/-abschnitt **operiert**?  
(auch Arthroskopie/ Schlüsselloch)  nein  ja

**Sind/waren Sie an Krebs erkrankt?**  nein  ja  
Welches Organ ist / war an Krebs erkrankt?

- OP Wann? \_\_\_\_\_
- Chemotherapie Wann? \_\_\_\_\_
- Strahlentherapie Wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Nierenerkrankung?**  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind sie Diabetiker?** (Zuckerkrankheit)  nein  ja  
Wenn ja, wie behandelt?  Insulin  Diät  Tabletten

**Haben/ Hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung?**  
- Eine Schilddrüsenüberfunktion?  nein  ja  
- Heiße Knoten in der Schilddrüse?  nein  ja  
Wenn ja, wie behandelt?

- OP Wann? \_\_\_\_\_
- Radio – Jod – Therapie Wann? \_\_\_\_\_

**Haben/ Hatten Sie**

- Ein Glaukom?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Eine Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Eine Bluthochdruckerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Eine Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis, AIDS, TBC)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

**Haben Sie eine chronische Erkrankung?**  
(z.B. COPD, Rheuma, Gicht)  nein  ja

**Traten jemals Krampfanfälle oder Lähmungen auf?**  
(z.B. Epilepsie)  nein  ja

**Leiden sie unter Klaustrophobie?**  nein  ja  
(Angst in engen Räumen)

**Bestehen bekannte Allergien?**  nein  ja  
Wenn ja, welche? (ggf. Allergiepass vorlegen)

**Besteht eine Kontrastmittelallergie?**  nein  ja

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  nein  ja

**Einwilligungserklärung**

Ich fühle mich ausreichend informiert und willige in die Untersuchung ein.  nein  ja

Mit einer evtl. intravenösen Kontrastmittel-Gabe bin ich einverstanden  nein  ja

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

Unterschrift Patient/in (ggf. Erziehungsberechtigter)

**MRT Untersuchung mit Kontrastmittel**

Für einige Körperregionen ist in Abhängigkeit von der Fragestellung das **Einspritzen** eines **gadoliniumhaltigen Kontrastmittels** in eine hautnahe Vene erforderlich, das die diagnostische Aussagekraft durch Kontrastierung der Gefäße und krankhafter Veränderungen der Organe erhöht.

In der Regel werden diese Kontrastmittel gut vertragen und über die Nieren wieder ausgeschieden.

Kontrastmittel dürfen bei einer **bekanntem Allergie gegen Gadolinium** nicht verabreicht werden.

Bei einer **Nierenfunktionsstörung** mit erhöhtem Kreatinin- Wert bedarf es vorher einer weiteren Abklärung durch den behandelnden Arzt.

**Komplikationen intravenöse Kontrastmittel:**

Kein ärztlicher Eingriff ist völlig frei von Risiken! Trotz größter Sorgfalt kann es jedoch **in Einzelfällen** während oder nach der Kontrastmittelinjektion zu Komplikationen kommen, die sogar **lebensbedrohlich** verlaufen können.

**Leichte allergische Reaktion:**

➤ Juckreiz, Hautausschlag, Niesreiz, Übelkeit oder Brechreiz klingen in den meisten Fällen ohne Behandlung von selbst wieder ab.

**Schwere Allergien:**

➤ Selten kann es im Kehlkopf zum Anschwellen der Schleimhaut, Atemstörung, Krämpfen und Herz- Kreislaufversagen kommen. Folge wäre eine Mangel durchblutung, die zu Nierenversagen, Hirnschädigung oder Nervenlähmungen führen kann. Das erfordert eine sofortige intensivmedizinische Behandlung.

**Haut-, Weichteil- und Nervenschäden:**

➤ In der Umgebung der Einstichstelle können Schäden auftreten, wie z.B. Blutergüsse, Schwellung, Schmerzen und Entzündungen. Sie bilden sich meist von selbst wieder zurück. Es kann aber auch zu bleibenden Beschwerden, wie Narben, Schmerzen oder Taubheitsgefühl kommen.

➤ Die Injektion des Kontrastmittels neben die Vene durch eine verrutschte Punktionsnadel kann zu einer Schädigung des umgebenden Gewebes führen (Nekrosen).

**Blutgerinnsel (Thrombosen):**

➤ Extrem selten können durch die Injektion des Kontrastmittels kleine schon bestehende Blutgerinnsel in den Blutkreislauf verschleppt werden. Dadurch kann es zu einem Gefäßverschluss (Embolie) oder Durchblutungsstörung an Gliedmaßen oder Organen (z.B. Lunge, Nieren, Darm oder Gehirn) kommen. Das erfordert eine sofortige medizinische Behandlung oder Operation.

**Nieren:**

➤ Bei schon bestehenden Störungen der Nieren kann es zu einer Verschlechterung bzw. Versagen der Nierentätigkeit kommen. Diese sind meist gut behandelbar.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen habe.

Ich wurde durch den zuständigen Radiologen über die Untersuchung ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.

Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**vom Personal auszufüllen**

Kreatinin	Ist:	soll:
Scan / Kopien		
<b>Medikamente</b>		
<b>KM</b>	Menge:	Flow:
	ml	ml/sec
<b>3D</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Textbaustein</b>	<b>m</b>	
<b>MTA</b>		

**ANAMNESE / VERLAUF**


**Ärztliche Anmerkungen**


Datum / Unterschrift Arzt / Ärztin