

Patienteneinwilligung mit Untersuchung nach Aufklärung

## MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE

Name und Vorname des Patienten:			
Geburtsnummer:			
Körpergewicht:		Versicherung:	

Bei minderjährigen, zur Vorlage einer Einwilligung unfähigen oder nicht handlungsfähigen Personen wird die Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter des Patienten oder den bei der Einwilligungserklärung anwesenden Zeugen ausgefüllt (falls keine Unterzeichnung durch den Patienten möglich):

Vorname und Name des gesetzlichen Vertreters (Vormunds):

Geburtsdatum des Vertreters:

Gründe, weshalb der Patient selbst die Einwilligung nicht unterzeichnen konnte:

Sehr geehrter Herr, sehr geehrte Frau, sehr geehrte Eltern,

aufgrund einer klinischen Gesundheitsuntersuchung wurde Ihnen/Ihrem Kind durch den behandelnden Arzt eine Magnetresonanztomografie (MRT) empfohlen. Es handelt sich um eine der modernsten Untersuchungsmethoden, mit der derzeit die meisten menschlichen Körperorgane, inkl. Gehirn, Wirbelsäule, Venen, Gelenke, Becken sowie Bauchorgane untersucht werden können. **Bei der Untersuchung werden keine Röntgenstrahlen verwendet.** Bei der zur MRT verwendeten elektromagnetischen Energie wurden bisher keine schädlichen biologischen Auswirkungen nachgewiesen. Trotzdem meiden wir Untersuchung von Schwangeren in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten. Der Beginn der Untersuchung kann sich verzögern, wenn plötzlich akute Untersuchungen vorgezogen werden müssen. Für die Durchführung der vorgeschlagenen medizinischen Leistung ist Ihre Einwilligung erforderlich. Um Ihnen Ihren Entschluss einfacher zu machen, legen wir Ihnen die folgenden Informationen vor.

### Grund für die Durchführung des Eingriffs

Entdeckung und Auswertung von allfälligen Erkrankungen des untersuchten Bereichs oder Kontrolle und Begutachtung von bereits bekannten Änderungen zur Erwägung von eventuellen weiteren Untersuchungs- oder medizinischen Leistungen.

### Alternativen (sonstige Möglichkeiten) des Eingriffs / der Behandlung

Computertomografieuntersuchung (CT), mit höherer Belastung durch ionisierende Strahlung und häufigen allergischen Reaktionen auf den verabreichten Kontrastmittel, oder, falls sinnvoll und möglich, Ultraschalluntersuchung. Informationen darüber, ob der vorgeschlagene medizinische Eingriff eine Alternative (andere Möglichkeit) hat oder ob sogar mehrere Alternativen zur Verfügung stehen, erhielten Sie/Ihr Kind vom behandelnden Arzt, von dem auch die Durchführung dieses medizinischen Eingriffs empfohlen wurde.

### Risiken und mögliche Komplikationen beim Eingriff

Während der Untersuchung kann eine sog. panische Reaktion (d.h. Platzangst, Beklommenheit, Unruhe) auftreten. Über solche Beschwerden können Sie das untersuchende Personal mithilfe einer **Notruftaste**, die Sie während der Untersuchung in der Hand halten, informieren. Das Personal wird sich mit diesem Problem unverzüglich beschäftigen und hat die Möglichkeit, Sie innerhalb von einigen Sekunden aus der Röhre hinauszufahren. Die Untersuchung wird von einem **starken Lärm** begleitet, der durch die Gerätekomponenten entsteht. Dabei handelt es sich um eine normale Erscheinung, die keinen Anlass zur Beunruhigung geben sollte. Gerne stellen wir Ihnen **Gehörschutz** zur Verfügung. **In einigen Fällen muss ein Kontrastmittel verabreicht werden** (Gadolinium-Chelate, keine Jodpräparate), daher ist es sinnvoll zu wissen, ob der Patient in der Vergangenheit unter allergischen Reaktionen litt. Nach der Verabreichung des Kontrastmittels sind Kopfschmerzen, Übelkeit, kurzfristiges Schwindelgefühl, Schmerzen an der Einstichstelle möglich. Sehr selten können allergische Reaktionen, Hautausschlag, Erbrechen, Atembeschwerden, Schwellungen, Herzrhythmusstörungen, Nierenschäden auftreten. Daher ist eine Angabe erforderlich, ob der Patient ggf. unter einer langfristigen Störung der Nierenfunktion leidet. Allergische Reaktionen infolge der Verabreichung von bei der MRT verwendeten Kontrastmitteln sind sehr selten. Unser Personal verfügt über Anweisungen, mithilfe welcher Methoden allergische Reaktionen behandelt werden. Über die Verabreichung eines Kontrastmittels entscheidet der behandelnde Arzt (Radiologe). Sollten Sie **gegen das Kontrastmittel allergisch sein**, kann die MRT ebenfalls nativ, d.h. ohne Verabreichung eines Kontrastmittels durchgeführt werden. **Stillende Mütter sollen nach der Verabreichung eines MR-Kontrastmittels das Stillen für 24 Stunden unterbrechen**, daher ist es sinnvoll, für diesen Zeitraum einen Milchvorrat anzulegen.

**Eine MR-Untersuchung ist sicher. Sie könnte jedoch gefährlich werden, falls der Patient am oder im Körper Metallgeräte oder –Gegenstände trägt, daher ist es erforderlich, alles vor der Untersuchung abzunehmen** (Zahnprothesen, Hörgeräte, prothetische Hilfsmittel, BHs, Gürtel, Perücken, Haarnadeln und –Spangen, Stecknadeln, Münzen, Schlüssel, Uhren, Kreditkarten, Brieftaschen, Brillen, Mobiltelefone, Piercings, Ringe und Schmuck u. ä.), ansonsten können Sachschäden an diesen Gegenständen oder Verletzungen beim Patienten oder Personal entstehen.

### **Vorbereitung zum Eingriff**

Die Untersuchung erfolgt in einem starken Magnetfeld, ist schmerzlos und erfordert fast keine spezielle Vorbereitung (mit Ausnahme einer Bauch- und Beckenuntersuchung). Falls bei Ihnen eine Gehirn- oder Gesichtsuntersuchung geplant ist, erscheinen sie ohne Kontaktlinsen und ungeschminkt – keine Wimperntusche, kein Make-up, Puder, Haargel oder –Lack u. ä. Sollten Sie ein Make-up tragen, werden wir Sie zum Abschminken auffordern.

### ***Als Ausnahme gilt eine Untersuchung des Bauch- oder Beckenbereichs:***

- **MR-Enterographie** (Dünndarmuntersuchung) – vor der MR-Untersuchung muss der Darm vollständig geleert werden, daher wird eine mehrtägige Diät empfohlen
- **Leber- und Bauchspeicheldrüse-MR** – es wird empfohlen, 3 Stunden vor der Untersuchung nüchtern zu bleiben (also weder Flüssigkeiten noch feste Nahrung)
- **Becken-MR** – es wird empfohlen, 2 Stunden vor der Untersuchung nichts zu trinken und unmittelbar vor der Untersuchung nochmal die Toilette aufzusuchen

### **Verfahren vor und bei dem Eingriff (der Untersuchung):**

**Aus Sicherheits- und Gesundheitsgründen sind vor und während der Untersuchung sämtliche Anweisungen des untersuchenden Personals zu beachten. Legen** Sie nach dem Betreten der Umkleide Ihre Bekleidung **ab**, um das Vorhandensein jeglicher Metallgegenstände im Magnetfeld auszuschließen. **Legen** Sie ebenfalls Zahnprothesen, Hörgeräte, prothetische Hilfsmittel, BHs, Gürtel, Perücken, Haarnadeln und –Spangen, Stecknadeln, Münzen, Schlüssel, Uhren, Kreditkarten, Brieftaschen, Brillen, Mobiltelefone, Piercings, Ringe und Schmuck **ab**. Sie können bei der Untersuchung ein eigenes Baumwoll-T-Shirt verwenden. Sofern ein Kontrastmittel angewendet werden muss, wird bei Ihnen in eine Vene eine Kanüle (Kunststoffschlauch) eingelegt und das Kontrastmittel mithilfe dieser Kanüle verabreicht.

**Nach der Erfüllung dieser Aufgaben werden Sie in einen Untersuchungsraum gebeten, in dem bereits das Magnetfeld wirkt.** Ein Radiologie-Assistent hilft Ihnen auf den Untersuchungstisch. Um und unter den untersuchten Körperbereich wird eine Spule angebracht, die die Signale vom untersuchten Gewebe empfängt. Danach werden Sie mit der Liege in die Röhre transportiert, wobei unangenehme Gefühle entstehen können. Wir versichern Ihnen, dass die Röhre mit Frischluft aus einem Ventilator versorgt wird und Sie seitens unserer Mitarbeiter mithilfe einer Kamera während der gesamten Untersuchung überwacht werden und mit diesen über ein Mikrofon verbunden sind. Sie können das untersuchende Personal mithilfe einer **Notruftaste**, die Sie während der Untersuchung in der Hand halten, über jegliche Beschwerde informieren. Wir möchten Sie bitten, während der gesamten Untersuchung, die ca. 15 bis 45 Minuten dauert, **ruhig zu liegen, sich nicht zu bewegen**, sich nicht zu schnäuzen oder kratzen und regelmäßig zu atmen. **Jegliche Bewegung macht die Untersuchung unbrauchbar.** Falls bei Ihnen die Bauchorgane untersucht werden, werden Sie mehrfach gebeten, tief Luft zu holen und für ca. 15 bis 20 Sekunden Atem anzuhalten. Die Untersuchung wird von einem starken Lärm begleitet, der durch die Gerätekomponenten entsteht. Dabei handelt es sich um eine normale Erscheinung, die keinen Anlass zur Beunruhigung geben sollte. Gerne stellen wir Ihnen Gehörschutz zur Verfügung.

### **Nach dem Eingriff (der Untersuchung):**

**Sollten bei Ihnen jegliche Beschwerden auftreten, informieren Sie sofort das Personal.** Nach der Untersuchung kommen Sie zurück in die Umkleide. Wir möchten Sie bitten, sämtliche abgelegten Sachen sorgfältig zu kontrollieren, danach können Sie nach Hause gehen. **Sofern bei der Untersuchung ein Kontrastmittel verwendet wurde, möchten wir Sie bitten, noch 20 Minuten im Warteraum zu bleiben**, für den Fall, dass eine verspätete allergische Reaktion auf das Kontrastmittel auftreten sollte. Sollten nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel allergische Symptome (Hautausschlag, Übelkeit, Atemnot) erst nach dem Verlassen der medizinischen Anlage auftreten, kontaktieren Sie sofort Ihren behandelnden Arzt oder den ärztlichen Notdienst. Stillende Mütter dürfen nach der Verabreichung eines Kontrastmittels 24 Stunden nicht stillen, damit der Körper das Kontrastmittel abbauen kann. Nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel ist es erforderlich, mindestens 2 Liter Flüssigkeit zu sich zu nehmen, um den Körper ausreichend zu hydratisieren. Die MR-Untersuchung wird Sie/Ihr Kind im Alltag auf keine Art und Weise beeinträchtigen.

Nach der Untersuchung werden die gewonnenen Informationen verarbeitet und die schriftlichen Ergebnisse automatisch an den überweisenden Arzt weitergeleitet. Gegen Gebühr können wir Ihnen auch eine Kopie der bei der MR-Untersuchung angefertigten Bilder auf einer CD aushändigen, ggf. **kann eine Kopie des Befunds (der Beschreibung) nach Erteilung einer Sondereinwilligung an Ihre private E-Mail gesendet werden.**

**Falls Sie einen Herzschrittmacher, implantierten Defibrillator, ein Hirnstamm-Implantat tragen oder Metallsplitter nach einem Unfall im Körper haben, DARF KEINE MRT durchgeführt werden!!!**

**Wir möchten Sie bitten, auf diesen Umstand unser Personal hinzuweisen!!!**

Eine MR-Untersuchung ist sicher. Sie könnte jedoch gefährlich werden, sollte der Patient am oder im Körper Metallgeräte oder –Gegenstände tragen. Das starke Magnetfeld könnte die Funktion dieser Geräte stören oder die Position der sich in Ihrem Körper (wahrscheinlich zweckgemäß nach einem OP-Eingriff) befindlichen Metallgegenstände verändern.

**Daher ist es sehr wichtig, die Fragen im folgenden Fragebogen wahrheitsgemäß zu beantworten.**

Falls Sie einer der folgenden Fragen mit „**JA**“ beantworten, **bedeutet es nicht**, dass die Untersuchung nicht durchgeführt werden kann. Sollten bei Ihnen noch Zweifel bestehen oder sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das MR-Personal.

**Beantworten Sie richtig mit JA oder NEIN**

**Bitte nicht durchstreichen!**

<b>Tragen Sie in Ihrem Körper einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder ein anderes Gerät, das die Herzfunktion beeinflusst?</b>		
Trugen Sie bereits in der Vergangenheit einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder ein anderes Gerät <b>und sind noch Elektroden vorhanden?</b>		
Tragen Sie in Ihrem Körper einen <b>Neurostimulator</b> ? Jegliche Art von <b>Biostimulator</b> oder ein anderes <b>Elektrogerät</b> ?		
Befindet sich in Ihrem Körper Metall <b>nach einer Wirbelsäulenoperation</b> ? <i>Geben Sie ggf. das OP-Jahr an:</i>		
Wurde Ihnen ein <b>Kunstgelenk</b> eingesetzt? Befindet sich in Ihrem Körper <b>Metall nach einer Bruch-OP</b> ? <i>Geben Sie ggf. das OP-Jahr sowie die genaue Stelle an:</i>		
Wurden Sie jemals von <b>einer Kugel, einem Schrapnell, von Schrott oder Granatsplittern getroffen</b> ? Befinden sich in Ihrem Körper <b>Fremdkörper aus Metall (Span, Nadel, Draht, Schiene etc.)</b> ? <i>Falls ja, Einzelheiten angeben:</i>		
Wurden bei Ihnen <b>Stents</b> (Gefäßstützen) eingesetzt? <i>Geben Sie ggf. das OP-Jahr an:</i>		
Befinden sich in Ihrem Körper <b>Gefäßklammern</b> oder sonstige <b>Gegenstände in den Gefäßen</b> (z. B. Embolisationsmaterial, Spiralen) nach einer OP? <i>Falls ja, Einzelheiten angeben:</i>		
Wurde bei Ihnen ein <b>Cava-Filter</b> (Filter für untere Hohlvene) eingesetzt? <i>Geben Sie ggf. das OP-Jahr an:</i>		
Wurde bei Ihnen bereits in der Vergangenheit intravenös ein <b>Kontrastmittel bei einer MR-Untersuchung</b> verwendet?		
Falls ein MR-Kontrastmittel verwendet wurde, trat bei Ihnen eine <b>allergische Reaktion</b> auf?		
Traten bei Ihnen in der Vergangenheit <b>allergische Reaktionen auf bestimmte Medikamente</b> auf? <i>Falls ja, Bezeichnung der Medikamente angeben:</i>		
<b>Leiden Sie an Klaustrophobie</b> (Platzangst)?		
Tragen Sie ein <b>Hirnstammimplantat (Gehörunterstützung)</b> ?		Tragen Sie ein Hörgerät?
Haben Sie <b>im Auge einen Splitter</b> oder einen anderen Fremdkörper aus Metall?		Tragen Sie eine Augenprothese?
<b>Haben Sie im Körper eine aneurysmatische Klammer (Clip)</b> ?		<b>Tragen Sie einen Herzklappenersatz</b> ?
Haben Sie im Körper ein anderes Gerät (z. B. Insulinpumpe)?		Werden Sie wegen Asthma behandelt?
Haben Sie sich einer Organtransplantation (Leber, Niere etc.) unterzogen?		Leiden Sie an Diabetes?
Neigen Sie zu erhöhter Blutung oder erhöhter Blutgerinnung?		Tragen Sie eine Zahnsperre?
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder reduzierte Nierenfunktion?		Tragen Sie ein festes Piercing?
Tragen Sie eine Zahnprothese oder festen Zahnersatz?		Sind Sie tätowiert?

		Tragen Sie ein Permanent Make-up?	
--	--	-----------------------------------	--

**Für Frauen:** Sind Sie schwanger? Falls ja, in welcher Woche? Stillen Sie?  
Tragen Sie ein Intrauterinpessar?

**Für Männer:** Tragen Sie eine Penisprothese?

**Falls Sie in Ihrem Körper ein Metallgegenstand tragen, mit dem eine MRT möglich ist, muss dazu eine Bestätigung von der zuständigen OP-Stelle vorgelegt werden.**

**Erklärung des Patienten (oder seines gesetzlichen Vertreters)**

Ich, die/der Unterzeichnete erkläre, dass ich über sämtliche oben genannten Tatsachen inkl. Hinweise auf mögliche Risiken, Komplikationen und ihre Lösungen informiert wurde. Mir wurden Alternativen und mögliche Risiken, sollte ich mich dem Eingriff nicht unterziehen, erklärt. Ich habe diese Informationen verstanden und hatte die Möglichkeiten, zusätzlichen Fragen zu stellen, die mir beantwortet wurden. Ich habe keine bekannten Angaben zu meinem gesundheitlichen Zustand (dem meines Kindes), die einen negativen Einfluss auf meine Behandlung (die meines Kindes) haben oder mein Umfeld gefährden könnten (insbesondere durch Ansteckung mit einer Infektionskrankheit), verschwiegen. Ich erkläre, die in diesem Dokument gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Aufgrund der erteilten Informationen und nach meinen eigenen Erwägungen erteile ich hiermit meine freie Einwilligung mit einer MR-Untersuchung, ggf. samt einer intravenösen Kontrastmittel-Verabreichung. Ich stimme zu, sollte es für die anschließende diagnostische oder medizinische Behandlung erforderlich sein, dass meine Befunde und Daten an weitere Ärzte, medizinische Einrichtungen oder Krankenversicherung in dem datenschutzrechtlich zulässigen Umfang weitergeleitet werden. Ich stimme zu, dass anonyme Daten betreffend meine Behandlung zu Veröffentlichungs- und Unterrichtszwecken verwendet werden.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Eigenhändige Unterschrift des Patienten:** \_\_\_\_\_

*Bei Minderjährigen oder Personen, die nur teilweise oder nicht geschäftsfähig sind, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters*

*Ausfüllen, falls der/die Patient/-in wegen seines/ihrer gesundheitlichen Zustandes nicht mehr selbst unterschreiben kann (z. B. Armbruch):*

**Der/die Patient/-in ist wegen seines/ihrer aktuellen gesundheitlichen Zustandes nicht in der Lage, diese Einwilligung zu unterzeichnen, weil:**

Art der Willens-(Einwilligungs-)Erklärung: Kopfnicken: JA-NEIN Geste: JA-NEIN Augen: JA-NEIN

andere: \_\_\_\_\_

**Zeuge (Vorname und Name, Unterschrift):** \_\_\_\_\_

**Datum, Name, Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes, durch den die Antworten überprüft und der Patient belehrt wurde:**

\_\_\_\_\_

Erklärung des medizinischen Fachmitarbeiters, durch den der Patient betreffend die Untersuchung belehrt wurde:

Ich erkläre, den oben genannten Patienten (gesetzlichen Vertreter) über den Zweck, die Art, Folgen, Risiken, möglichen Komplikationen und Alternativen der geplanten Untersuchung ordnungsgemäß und auf eine meiner Ansicht nach nachvollziehbare Art und Weise belehrt zu haben. Ferner habe ich den Patienten informiert, dass bei der Untersuchung ein implantierter Herzschrittmacher, Defibrillator, Hirnstamm-Implantat oder Splitter an jeder Stelle im Körper als absolute Kontraindikation gelten. Ferner erkläre ich, dass der Patient belehrt wurde, dass er bei Übelkeit oder anderen Komplikationen während der Untersuchung das Personal mithilfe der Klingel (Taste) rufen kann.

**Stempel und Unterschrift des radiologischen Assistenten, durch den die Antworten überprüft wurden:**

\_\_\_\_\_