RADIOLOGIA BONVICINI RADIOLOGIE
DOTT. PAOLO BONVICINI | S.A.S. – O.H.G.
Via Michael Pacher 12, 39100 Bolzano | Michael-Pacher-Straße 12, 39100 Bozen
Tel. 0471 442700 (opzione 1) – Fax 0471 442720
Email: accettazione.radiologia@gruppobonvicini.it

NÜTZLICHE INFORMATIONEN FÜR MAGNETRESONANZUNTERSUCHUNGEN

Nützliche Informationen zur MRT-Untersuchung

Die Magnetresonanztomographie (MRT) ist ein Diagnoseverfahren, das ohne ionisierende Strahlung oder radioaktive Substanzen auskommt. Bei der MRT-Diagnostik werden starke statische magnetische Magnetfelder und elektromagnetische Wellen verwendet. Bei einigen Untersuchungen können dem Patienten bestimmte Substanzen mit paramagnetischen Eigenschaften auch intravenös als Kontrastmittel verabreicht werden. Abgesehen von solchen Fällen ist die MRT eine nicht-invasive diagnostische Untersuchung.
Bei Untersuchungen von Frauen mit festgestellter oder vermuteter Schwangerschaft wird besonderes Augenmerk auf die Rechtfertigung, vor allem in Notfällen, und die Optimierung der MRT-Untersuchung im Hinblick auf und unter Berücksichtigung der Patientin und des ungeborenen Kindes gelegt. Das Auftreten von unerwünschten Reaktionen während der MRT-Untersuchung ist sehr selten. Am wahrscheinlichsten ist, dass es sich um eine vorübergehende klaustrophobische Krise handelt. Die Verwendung von Kontrastmitteln auf der Basis paramagnetischer Substanzen ist im Allgemeinen gut verträglich und verursacht keine besonderen Empfindungen. Selten können jedoch Überempfindlichkeitsreaktionen wie Urtikaria oder andere allergische Erscheinungen auftreten. In sehr seltenen Fällen wurde über einen anaphylaktischen Schock berichtet. Der Standort von RM garantiert stets die Anwesenheit von medizinischem Fachpersonal, das im Falle eines solchen medizinischen Notfalls eingreifen kann.

Durchführung der MRT-Untersuchung

Patienten dürfen sich nur dann einer MRT-Untersuchung unterziehen, wenn eventuelle Kontraindikationen für die MRT-Untersuchung ausgeschlossen sind, die der zuständige Arzt mit Hilfe des anamnestischen Fragebogens und der Einverständniserklärung feststellt.
Zur Durchführung der MRT-Untersuchung muss der/die Patient/in, gegebenenfalls mit Unterstützung des medizinischen Personals:

- Make-up und Haarspray entfernen
- metallische, ferromagnetische oder magnetische Gegenstände (Mobiltelefone, Münzen, Uhren, Schlüssel, Ohrringe, Broschen, Schmuck, Haarspangen, Magnetkarten, Kreditkarten usw.) in der Umkleidekabine oder in den dafür vorgesehenen Spinden abzulegen
- Zahnprothesen und Hörgeräte entfernen;
- Kontaktlinsen herausnehmen und Brillen abnehmen;
- entkleiden und dann den vom Dienstpersonal bereitgestellten speziellen Einwegkittel anziehen;
- Gehörschutz (Ohrstöpsel) benutzen

Die durchschnittliche Dauer der MRT-Untersuchung beträgt etwa 30 Minuten, kann aber je nach klinischen Anforderungen und der Anzahl der zu untersuchenden anatomischen Bezirke variieren. Während der Datenerfassungsphase der MRT-Untersuchung sind rhythmische Geräusche unterschiedlicher Intensität zu hören, die durch den normalen Betrieb des MRT-Geräts verursacht werden. Die Belüftungs-, Beleuchtungs- und Temperaturbedingungen sind so gestaltet, dass sie ein Höchstmaß an Komfort gewährleisten und mögliche klaustrophobische Effekte reduzieren. Während der Untersuchung ist es notwendig, ruhig zu bleiben und ein Höchstmaß an Unbeweglichkeit beizubehalten, um das diagnostische Ergebnis der Aufnahme nicht zu beeinträchtigen. Regelmäßiges Atmen und Schlucken von Speichel stören die Untersuchung nicht. Bei einigen Untersuchungen kann der Patient aufgefordert werden, durch Atemübungen und kurze Atemstillstände zu kooperieren, um die diagnostische Qualität der Bilder zu verbessern.
Im Kontrollraum ist immer das medizinische Personal anwesend, das im Bedarfsfall eingreifen kann. Der/die Patient/in ist immer in akustischem und visuellem Kontakt mit den Operateuren, die während der gesamten Untersuchungsphase eine ständige Überwachung durchführen. Bei Auftreten von Beschwerden wie Klaustrophobie, Hitzegefühl, Juckreiz, Atemnot, Herzklopfen oder Ohnmacht sollte der Patient den für die MRT-Untersuchung verantwortlichen Röntgentechnicker/Arzt so schnell wie möglich über die entsprechenden Signaleinrichtungen informieren.

RADIOLOGIA BONVICINI RADIOLOGIE
DOTT. PAOLO BONVICINI | S.A.S. – O.H.G.
Via Michael Pacher 12, 39100 Bolzano | Michael-Pacher-Straße 12, 39100 Bozen
Tel. 0471 442700 (opzione 1) – Fax 0471 442720
Email: accettazione.radiologia@gruppobonvicini.it

MR 20 Ver.14 del 04/10/2022

ANAMNESE UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR MAGNETRESONANZUNTERSUCHUNGEN

Patientendaten

Gewicht (kg)	Größe (cm)

Nachname .....

Vorname .....

Geburtsdatum und -ort .....

Anamnese-Fragebogen

Der anamnestische Fragebogen dient dazu, das Fehlen von Kontraindikationen für die MRT-Untersuchung oder die fehlende Relevanz spezifischer präventiver Untersuchungen festzustellen. Dieser Fragebogen muss vom MRT-Team sorgfältig ausgefüllt und vom zuständigen Arzt unterzeichnet werden, der aus den Antworten des Patienten schließen kann, ob Kontraindikationen für die MRT-Untersuchung vorliegen. Die Gegenzeichnung des/der Patienten/in am Ende der Einwilligungserklärung auf derselben Seite garantiert u.a., dass er/sie sich der schwerwiegenden Folgen falscher Aussagen oder Informationen auf die gestellten Fragen bewusst ist.

☐ Haben Sie bereits MRT-Untersuchungen durchgeführt? JA NEIN
☐ Hatten Sie allergische Reaktionen nach der Verabreichung von Kontrastmitteln? JA NEIN
☐ Leiden Sie unter Platzangst? JA NEIN
☐ Haben Sie jemals als Schweißer, Dreher oder Karosseriebauer gearbeitet (oder arbeiten Sie noch in einem dieser Berufe)? JA NEIN
☐ Hatten Sie jemals einen Verkehrsunfall oder einen Jagdunfall? JA NEIN
☐ Wurden Sie irgendwann Opfer eines Explosionstraumas? JA NEIN
☐ Sind Sie schwanger? Letzte Regelblutung: ……. JA NEIN
☐ Sind Sie operiert worden: Kopf ☐ Hals ☐ Abdomen ☐
Extremitäten ☐ Brust ☐ Sonstiges:……
☐ Metallprothesen (frühere Brüche, Gelenkoperationen usw.), Schrauben, Nägel, Draht usw.? JA NEIN
☐ andere Prothesen? Wo? …… JA NEIN
☐ Haben Sie medizinische Geräte oder Metallkörper in Ihrem Körper? JA NEIN
☐ Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine andere Art von Herzkatheter? JA NEIN
☐ Sind Sie Träger von Metallsplittern? JA NEIN
☐ Sind Sie Träger von Clips für Aneurysmen, in der Aorta, im Gehirn? JA NEIN
☐ Künstliche Herzklappen? JA NEIN
☐ Stents? JA NEIN
☐ Tragen Sie einen implantierten Defibrillator? JA NEIN
☐ Fixateur Wirbelsäule? JA NEIN
☐ Insulinspumpe oder andere Medikamente? JA NEIN

RADIOLOGIA BONVICINI RADIOLOGIE
DOTT. PAOLO BONVICINI | S.A.S. – O.H.G.
Via Michael Pacher 12, 39100 Bolzano | Michael-Pacher-Straße 12, 39100 Bozen
Tel. 0471 442700 (opzione 1) – Fax 0471 442720
Email: accettazione.radiologia@gruppobonvicini.it

☐ Metallkörper in den Ohren oder Gehör-Implantate?	JA	NEIN
☐ Neurostimolatoren, im Gehirn implantierte Elektroden?	JA	NEIN
☐ Andere Arten von Stimulatoren?	JA	NEIN
☐ Für Frauen: spirale?	JA	NEIN
☐ fixe oder herausnehmbarer Zahnprotesen?	JA	NEIN
☐ andere Implantate oder Metallteile?	JA	NEIN
☐ weitere Informationen		
☐ Leiden Sie an Sichelzellenanämie?	JA	NEIN
☐ haben sie künstliche Augenlinsen?	JA	NEIN
☐ Haben Sie Piercings? Wenn ja wo? ……..……	JA	NEIN
☐ Haben Sie Tätowierungen? Wenn ja wo? ……	JA	NEIN
☐ Benutzen Sie medizinische Pflaster?	JA	NEIN

Zur Durchführung der MRT-Untersuchung muss folgendes entfernt werden
Kontaktlinsen - Hörgeräte - Zahnprothesen - provisorische Kronen - Bruchgürtel - Haarspangen - Klammern - Brillen - Schmuck - Uhren - Kreditkarten oder andere Magnetkarten - Taschenmesser - Geldklammern - Münzen - Schlüssel - Haken - Druckknöpfe - Metallknöpfe - Stecknadeln - Kleidungsstücke mit Reißverschluss - Nylonstrümpfe - Kleidungsstücke aus Acryl - Metallpinzetten - Heftklammern - Feilen - Scheren und alle anderen Metallgegenstände.
Bitte schminken Sie vor der Untersuchung ab.

Zustimmung zur MRT-Untersuchung

Der/die Patient/in ist der Ansicht, dass er/sie ausreichend über die Risiken und Kontraindikationen im Zusammenhang mit der Exposition durch elektromagnetische Felder, die von MRT-Geräten erzeugt werden, informiert wurde. Daher erklärt er/sie sich im Bewusstsein der Bedeutung seiner/ihrer Antworten mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Unterschrift der/des **Patientin/en** Datum

…….. ……..……

Zustimmung zur eventuellen Verabreichung von Kontrastmittel

Der/die Patient/in hält sich für ausreichend über die Risiken der Kontrastmittelgabe informiert. Daher stimmt er/sie, nachdem er/sie vom behandelnden Arzt über die Bewertung des diagnostischen Nutzens und der damit verbundenen Risiken informiert wurde, der Verabreichung von Kontrastmitteln zu.

Unterschrift der/des **Patientin/en** Datum

…….. ……..……

Der für die MRT verantwortliche Arzt

nimmt die Antworten des/der Patient/en/in zur Kenntnis und genehmigt die MRT-Untersuchung nach Durchführung einer ärztlichen Untersuchung und weiterer diagnostischer Voruntersuchungen.

Unterschrift des **Arztes** Datum

…… ……..