



Patientenaufklärung zur Kernspintomographie (MRT-Sellink)

Sie wurden in unsere Praxis zur Durchführung einer Kernspintomographie (MRT) überwiesen. Hierbei werden Sie in einem Magnetfeld untersucht. Es werden keine Röntgenstrahlen verwendet. Nach aktuellem Wissensstand entsteht für Sie kein gesundheitlicher Schaden.

Die Untersuchung im Gerät dauert ca. 25 Minuten. Während dieser Zeit sollten Sie möglichst still liegen. Nach Abschluss der Untersuchung erhalten Sie die Untersuchungsbilder auf CD / DVD sowie einen QR-Code mit den Zugangsdaten zu unserem Patientenportal. Der schriftliche Befundbericht wird zeitnah von einer unserer Ärztinnen oder einem unserer Ärzte für Sie erstellt und elektronisch an Ihren Überweiser gesendet. Dieser Befundbericht ist nach Erstellung automatisch im Patientenportal einsehbar und kann als PDF heruntergeladen werden.

Dünndarmuntersuchung im MRT

Diese Methode zur Untersuchung des Dünndarms gilt heutzutage als die ideale radiologische Untersuchungsmethode zur Beurteilung der Dünndarmschleimhaut. Mittels dieses Verfahrens können verschiedenste krankhafte Prozesse, wie z.B. Entzündungen, Fisteln und andere Anomalien erfasst werden.

Durchführung der Untersuchung

Am Tag vor der Untersuchung sollten Sie nur leichte Speisen zu sich nehmen und auf schwer verdauliche Lebensmittel wie Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte und Zitrusfrüchte verzichten.

Bereits am Vorabend müssen Sie einen Beutel Kontrastmittel (Mannitol) in ca. 1 Liter Wasser verdünnt oral einnehmen. Hiernach dürfen Sie nichts mehr essen. Trinken ist jedoch weiterhin erlaubt.

Am Untersuchungstag bitten wir Sie 1 Stunde vor der eigentlichen Untersuchung erneut ca. 1 Liter Wasser-Mannitol-Mischung zu trinken. Danach erfolgt die Untersuchung im MRT. Während der Untersuchung erhalten Sie Buscopan (siehe separaten Aufklärungsbogen) und ein Kontrastmittel über die Vene, um eine möglichst aussagekräftige Untersuchung zu erstellen.

Komplikationen und Nebenwirkungen

Durch die erhöhte Flüssigkeitszufuhr kann es nach der Untersuchung zu Durchfällen kommen, die jedoch schnell wieder abklingen. Beachten Sie dies jedoch für Ihren Nachhauseweg!

Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie vor der Untersuchung um die Beantwortung folgender Fragen:

Den Fragebogen finden Sie auf der nächsten Seite

A) Fragebogen

1. Welcher Anlass führt Sie zu uns?

2. Körpergröße: _____ cm
3. Gewicht: _____ kg
4. **Tragen Sie einen Herzschrittmacher/ Defibrillator?** ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, sprechen Sie umgehend unser Personal an!
5. Tragen Sie einen Neurostimulator? ☐ Ja ☐ Nein
6. Tragen Sie einen Diabetes Sensor? ☐ Ja ☐ Nein
7. Sind andere (nicht genannte) metallische Fremdkörper in Ihren Körper eingebracht? ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, welche? _____
8. Hatten Sie bereits eine Operation im Bauchraum? ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, was wurde operiert und wann? _____
9. Tragen Sie ein Innenohrimplantat oder ein Hörgerät? ☐ Ja ☐ Nein
10. Ist bei Ihnen eine ansteckende Krankheit bekannt? (HIV, Hepatitis etc.) ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, welche? _____
11. Sind Allergien gegen Medikamente oder Pflaster bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, gegen welche Medikamente? _____
12. Haben Sie Tattoos oder entfernte Tattoos? ☐ Ja ☐ Nein
13. Gab es bei Ihnen früher schon einmal eine Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchung dieser Körperregion? ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, stellen Sie uns diese bitte zeitnah zur Verfügung!
14. Sind Sie aktuell schwanger? (für Frauen im gebärfähigen Alter) ☐ Ja ☐ Nein
- Vor der Untersuchung entscheidet der verantwortliche Facharzt für Radiologie, ob es medizinisch notwendig ist Ihnen ein intravenöses Kontrastmittel zu verabreichen, um Blutgefäße und Organewebe besser beurteilbar abzubilden. Als leichte Reaktion auf das Kontrastmittel kann es häufiger zu einem kurzzeitigen Kältegefühl und manchmal zu Übelkeit und Geschmacks-Missempfindungen kommen. Als schwere Komplikation kann seltener eine Unverträglichkeitsreaktion bzw. Allergie auftreten (z.B. Luftnot, Kreislaufreaktionen verschiedener Schweregrade etc.).
15. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten? ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, haben Sie auf das Kontrastmittel allergisch reagiert? ☐ Ja ☐ Nein
 - Falls ja, welche allergische Reaktionen sind aufgetreten? _____
16. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
17. Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden. ☐ Ja ☐ Nein

B) Patienteneinwilligung zum Datenaustausch mit Leistungserbringern

Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen müssen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten.

Hiermit willige ich in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung im MVZ Radiologie-Netzwerk NRW zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung und lückenlosen Dokumentation im erforderlichen Umfang von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie anderen Leistungserbringern (Krankenhaus, Labor) zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung ein.

- Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB gegenüber mit- und weiterbehandelnden Ärzten zur Übermittlung meiner Daten per Fax.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Befunde mittels Patienten- und Zuweiserportale in der Cloud sowie eArztbrief an andere, mich behandelnde Ärzte/Institutionen verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.
- Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Telefonnummer, Mobilnummer und E-Mail-Adresse zwecks Terminerinnerung per SMS oder E-Mail ein.
- Ich bin darüber informiert worden, dass es zu einer unzureichenden Behandlung bei fehlender Einwilligung/Entbindung kommen kann.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem MVZ Radiologie-Netzwerk NRW jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

C) Unterschrift

- Ich bestätige, dass ich die Informationen zur MRT, zum Kontrastmittel und zum Datenschutz verstanden habe.
- Ich habe alle Fragen im Fragebogen wahrheitsgemäß beantwortet.
- Ich fühle mich ausreichend informiert und aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein.
- Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.

Nachname			
Vorname		Geb.-Datum	
Telefon		Mobil-Nr.	
E-Mail			

	X
Datum	Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter

Interner Vermerk (nur durch Personal auszufüllen)

Datum:	Kreatinin:	mg/d	GFR	ml/min	TSH	µU/mL
KM i.v.	KM oral		Anm:	Arzt:	Gerät:	
Untersuchungsprotokoll						