



Patientenaufklärung zur MRT-Arthrographie

Sie wurden in unsere Praxis zur Durchführung einer MRT-Arthrographie überwiesen. Bei dieser Untersuchung stellen wir den Gelenkraum mithilfe eines Kontrastmittels direkt dar. Die Untersuchung findet in zwei Etappen statt. Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, tragen wir die aktuelle Untersuchung gerne für Sie ein.

1) Injektion des Kontrastmittels mit Hilfe des CT

Für die Kontrastmittelinjektion liegen Sie in Rückenlage auf einer Liege und werden durch die Öffnung des CT-Geräts gefahren. Nach Desinfektion und steriler Abdeckung des Untersuchungsbereiches, wird unter CT-Sichtkontrolle eine dünne Sonde exakt an den Gelenkspalt herangeführt. Um die Verteilung des MRT-Kontrastmittels zu überprüfen, wird ein Röntgen-Kontrastmittel injiziert werden. Nach abschließender Lagekontrolle erfolgt die Injektion des MRT-Kontrastmittels direkt in das Zielgebiet. Für Planung und Durchführung dieser Schritte sollten Sie etwa 15 Minuten einplanen. Im Anschluss warten Sie ca. 20 Minuten, damit sich das Kontrastmittel im Gelenkraum verteilt. Bitte bewegen Sie die zu untersuchende Körperregion so viel wie möglich, um eine ausreichende Verteilung zu gewährleisten.

2) MRT-Arthrographie

Im zweiten Teil der Untersuchung 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. 20 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.

3) Mögliche Nebenwirkungen durch die Intervention

Selten

- Vorübergehende Kraftminderung: Bitte nehmen Sie daher in den folgenden 8 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teil
- Durch das Injektionsvolumen kann es kurzfristig zu Spannungsschmerzen im Gelenk kommen

Sehr selten

- Blutungen (ggf. Absetzen von blutverdünnenden Medikamenten – nach Rücksprache mit dem Hausarzt)
- Gelenkergüsse
- Serome
- Infektionen (zur Vermeidung einer Infektion wird die Hautstelle vor der Injektion mehrfach desinfiziert, ggf. werden Haare entfernt.)
- Allergische Reaktionen auf das jodhaltige Röntgen-Kontrastmittel oder auf das gadoliniumhaltige MRT-Kontrastmittel

Extrem selten

- Sensibilitätsstörungen oder Krafteinschränkungen der benachbart verlaufenden Nerven können auftreten (diese bilden sich innerhalb von 1-2 Tagen vollständig zurück)
- Kreislaufstörungen

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

A) Fragebogen

Für die Untersuchung an der Computertomographie (CT):

1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns? (Seit wann bestehen die Beschwerden)

2. Körpergröße: _____ cm
3. Gewicht: _____ kg
4. Haben Sie schon einmal auf ein Schmerzmittel allergisch reagiert?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, welches? _____
5. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, haben Sie auf das Kontrastmittel allergisch reagiert?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, welche allergischen Reaktionen sind aufgetreten? _____
6. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____
7. Ist bei Ihnen Diabetes mellitus bekannt?
☐ Ja ☐ Nein
8. Ist bei Ihnen eine ansteckende Krankheit bekannt? (z.B. HIV oder Hepatitis)
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, welche? _____
9. Sind Sie aktuell schwanger? (für Frauen im geburtsfähigen Alter)
☐ Ja ☐ Nein
10. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, welche? _____

Für die Untersuchung an der Magnetresonanztomographie (MRT):

1. **Tragen Sie einen Herzschrittmacher/ Defibrillator?**
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, sprechen Sie umgehend unser Personal an!
2. Tragen Sie einen Neurostimulator?
☐ Ja ☐ Nein
3. Tragen Sie einen Diabetes Sensor?
☐ Ja ☐ Nein
4. Sind metallische Fremdkörper in Ihren Körper eingebracht?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, welche? _____
5. Wurde am zu untersuchenden Körperteil eine OP durchgeführt?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, was wurde operiert und wann?

6. Tragen Sie ein Innenohrimplantat oder ein Hörgerät?
☐ Ja ☐ Nein
7. Sind Allergien gegen Medikamente oder Pflaster bekannt?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, gegen welche Medikamente? _____
8. Haben Sie Tattoos oder entfernte Tattoos?
☐ Ja ☐ Nein

B) Notizfeld für den aufklärenden Arzt

C) 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.

Interner Vermerk (nur vom Personal auszufüllen)

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

D) Unterschrift

- Ich habe den Aufklärungsbogen sorgfältig gelesen und verstanden.
- Im persönlichen Aufklärungsgespräch mit Dr. _____ wurde ich umfassend über die geplante Untersuchung, mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken sowie über alternative Untersuchungsmethoden informiert.
- Ich habe alle Fragen im Fragebogen vollständig und nach bestem Wissen beantwortet.
- Ich bestätige, dass ich die Informationen zur MRT, zum Kontrastmittel und zum Datenschutz verstanden habe.
- Ich habe ausreichend Bedenkzeit erhalten.
- Ich fühle mich ausreichend informiert und aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige hiermit in die Durchführung der MRT-Arthrographie einschließlich der notwendigen Intervention und Kontrastmittelgabe ein.

Nachname

Vorname Geb.-Datum

Telefon Mobil-Nr.

E-Mail

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter

X

informierende Ärztin / informierender Arzt

Eine vollständige Kopie des Aufklärungsbogens habe ich erhalten.

Ort, Datum

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter

Nur im Falle einer Ablehnung der Untersuchung:

Nach ausführlicher Aufklärung über die Untersuchung lehne ich die MRT-Arthrographie ab. Über mögliche Nachteile, die sich aus meiner Ablehnung der Untersuchung ergeben, wurde ich umfassend informiert.

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter