

**Praxis im Medicenter am OEZ**, Hanauerstr. 65, 80993 München  
**Praxis Unterschleißheim**, Alfred-Nobel-Str. 1, 85716 Unterschleißheim  
**Praxis Feldmoching**, Josef-Frankl-Str. 23, 80995 München

## Einverständniserklärung zur Magnetresonanztomografie (MRT)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist die Durchführung einer MRT erforderlich. Dabei kommen Sie mit Abschnitten Ihres Körpers in die Magnetöhre. Das Gerät arbeitet ohne Röntgenstrahlung. Es entstehen Aufnahmen zur Beurteilung der inneren Organe. Das Gerät ist sehr laut, deshalb bekommen Sie einen Kopfhörer. Besonders wichtig für gute Bilder ist, dass Sie die ganze Zeit ruhig liegen und sich nicht bewegen.

Bei manchen Fragestellungen ist es erforderlich, zusätzlich Kontrastmittel in die Venen zu spritzen. Hierbei kommt es selten zu einem Bluterguss an der Einstichstelle oder zu einer Infektion. Bei Überempfindlichkeit auf das magnetische Kontrastmittel können Übelkeit, Juckreiz, Hautausschlag oder leichtere Reaktionen auftreten. Schwerwiegende Reaktionen (Atemstörung, Herz-Kreislaufreaktion) sind extrem selten. Patienten mit Herzschrittmacher dürfen auf keinen Fall in den Untersuchungsraum.

Für Frauen mit **Intrauteriner Spirale (IUP)**: In seltenen Einzelfällen wurde eine Verlagerung der Spirale mit nachfolgendem Funktionsverlust beobachtet. Nach der MRT-Untersuchung ist deshalb eine gynäkologische Lagekontrolle zu empfehlen.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (ankreuzen):

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Sind in Ihrem Körper Metallteile, außer Zähne?
- Tragen Sie eine Zahnprothese?
- Tragen Sie ein Hörgerät oder elektronische Implantate?
- Sind Sie an Kopf, Herz oder Wirbelsäule operiert?
- Haben Sie Platzangst?
- Sind Allergien bekannt? Kontrastmittelallergie?
- Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung?
- Haben Sie AIDS, HIV oder Hepatitis?
- Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wieviel kg wiegen Sie? \_\_\_\_\_

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Magnetresonanztomografie ein.  
Ich verzichte auf eine Bedenkzeit von 24 Stunden.

München, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/-in \_\_\_\_\_