

(((MR)))

Information und Zustimmungserklärung zur MR (Kernspin) Untersuchung

Name des Patienten:
Telefonnummer, E-Mail:
.....



Sehr geehrter Patient,

Sie wurden durch Ihren Arzt in unser Institut zu einer Kernspin (MR) Untersuchung überwiesen. Wir bitten Sie, die vorliegende Information sorgfältig durchzulesen und die gestellten Fragen zu beantworten. Wenn Sie Fragen oder Bemerkungen hinsichtlich der Information oder hinsichtlich der gestellten Fragen haben, werden diese Ihnen der die Untersuchung leitende Arzt oder die Rezeptionistin beantworten.

Ablauf der Untersuchung: Sie legen sich auf eine bettähnliche bequeme Unterlage, das Sie bei Beginn der Untersuchung in das Untersuchungsgerät MR mit einer Mündung von 70-100 cm fährt. Die Dauer der Untersuchung beträgt durchschnittlich eine halbe Stunde bis eine Stunde. Im MR Gerät kann man ein lautes klopfendes Geräusch in Abständen von 4-12 Minuten hören. Dieses Geräusch ist das normale Betriebsgeräusch des Untersuchungsgerätes. Wir bitten Sie, um eventuelle Hörschäden vorzubeugen, den vom Assistenten gegebenen Schalldämpfer oder Ohrenstöpsel zu benutzen.

Im Interesse des Erfolges der Untersuchung ist es sehr wichtig, dass Sie während der ganzen Untersuchung ruhig und bewegungslos liegen und ausgeglichen und ruhig atmen. Während der gesamten Zeit der MR Untersuchung sehen und hören wir Sie. Sie können uns immer Ihre bei der Untersuchung auftretenden Probleme mitteilen. Wenn bei Ihnen ein Grund besteht, können Sie jederzeit die Unterbrechung der Untersuchung verlangen.

Im Interesse der genaueren und zuverlässigeren Untersuchungsergebnisse kann in einigen Fällen die Verabreichung von speziellen intravenösen MR Kontrastmitteln erforderlich sein. Die MR Kontrastmittel beinhalten das Erdmetall „Gadolinium“ und sind sichere Untersuchungsmaterialien, die mit einem geringem Risiko verwendet werden können. Zur Verabreichung des intravenösen Kontrastmittels ist Ihre schriftliche Zustimmung erforderlich. Bevor aber Sie Ihre Zustimmung erteilen, müssen wir Sie über die seltenen aber möglichen Nebenwirkungen der intravenösen Kontrastmittel informieren:

1. Das Risiko ist erhöht, wenn Sie schon früher eine ähnliche Kontrastmittelreaktion gehabt haben.
2. Selten kommen geringfügige Kontrastmittelreaktionen vor (z.B. bitterer Geschmack oder Metallgeschmack, vorübergehende Hautausschläge, Hautjucken).
3. Schwere lebensgefährliche Kontrastmittelreaktionen treten sehr selten auf. (einmal aus 400.000 Fällen).
4. Bei Patienten mit verminderter Nierenfunktion kann die Nierenfunktion durch das Kontrastmittel beeinträchtigt werden. Über die verminderte Nierenfunktion soll uns Ihr Hausarzt nach einer Laboruntersuchung informieren (sog. eGFR Niveau). Wenn Ihr e-GFR Niveau unter 30 ist, dürfen wir Ihnen kein Kontrastmittel eingeben!

Ein großer Teil der obigen Reaktionen tritt innerhalb von 20 Minuten nach Kontrastmitteleingabe auf. Wir bitten Sie daher, sich mindestens diese Zeit in unserem Institut aufzuhalten. In seltenen Fällen können Spätreaktionen 7 Stunden nach Kontrastmittelverabreichung auftreten. Wenn Sie ein Symptom bemerken, suchen Sie bitte Ihren behandelnden Arzt sofort auf ! Es ist wichtig zu wissen, dass das Risiko der Untersuchung geringer ist als die Gefahr der nicht erkannten Krankheiten, die durch das Fernbleiben der Untersuchung auftreten.

Nach heutigem Stand der Wissenschaft hat die magnetische Ausstrahlung keinerlei schädliche biologische Auswirkung auf den menschlichen Organismus. In den ersten drei Monaten der Schwangerschaft kann die MR Untersuchung die Leibesfrucht beschädigen. Nochmals wird betont, dass die MR Untersuchung grundsätzlich harmlos und gefahrlos ist. Wir machen Sie aber ausdrücklich auf folgendes aufmerksam: Im MR Untersuchungsraum ist ein starkes Magnetfeld vorhanden. Bevor Sie den MR Raum betreten, müssen wir in Erfahrung bringen, ob Sie Metallgegenstände oder Metallgeräte an Ihrem Körper sind oder bei sich führen, die die MR Untersuchung stören würden oder für Sie eine Gefahr bedeuten können.

Es ist wichtig zu wissen, dass die MR Untersuchung auch durch Metallgegenstände in Ihrem Körper (z.B. nicht ferromagnetische Metallscheiben, -Drähte, -Schrauben, eingebaute Herzschrittmachen, Hörgeräte, Neurostimulator usw.) oder durch Metallgegenstände auf Ihrem Körper oder auf Ihrem Kleid (z.B. Hörgerät, Brille, Haarspange, Perücke, Schmücke, Armbanduhr, Taschenmesser, Kleingeld, Metallknöpfe und Reißverschlüsse, Metallschnallen, Metalldraht im Busenhalter usw.) gestört werden kann. Sie können sogar ei-

Die Information wird auf der nächsten Seite fortgesetzt! Bitte wenden!

nen Unfall verursachen, da der Magnet im MR diese Gegenstände an sich zieht. Diese Gegenstände bitte in der Umkleidekabine lassen! Ebenso nehmen Sie bitte keine Kreditkarte, Bankkarte oder Uhr mit in den Untersuchungsraum, da diese beschädigt oder zerstört werden können.

Im Interesse Ihrer Sicherheit und der Sicherheit des untersuchenden Personals wollen sie bitte die nachstehenden Fragen sorgfältig durchlesen und diese genau beantworten. Die zutreffende Antwort bitte im Quadrat ankreuzen!

Haben Sie ...

- Asthma, Allergie, Heuschnupfen? Ja Nein
- Nierenkrankheit (eGFR Niveau unter 30)? Ja Nein
- Herzerkrankung? Ja Nein
- Zuckerkrankheit? Ja Nein
- Sensitivität gegen Medikamente? Ja Nein
- Ist die Antwort ja, welches Medikament, bitte angeben!:
- Ansteckende Krankheit (z.B. Hepatitis, AIDS)? Ja Nein

Haben Sie in Ihrem Körper...

- einen Herzschrittmacher (Pacemaker)? Ja Nein
- ein Gehirnklinke oder ein Aneurysmaklinke? Ja Nein
- Glasaugen oder eingebautes Hörgerät? Ja Nein
- Projektil, Schrott oder Metallsplitter? Ja Nein
- Künstliche Herzklappe? Ja Nein
- Eingebaute Gelenkprothese, künstliches Gelenk? Ja Nein
- Orthopädische Metallgegenstände (Schraube, Platte, Nagel, Draht)? Ja Nein
- Sonstigen Metallgegenstand oder Metallstoff (z.B. Zahnbrücke, Zahnkrone, Piercing, Steant)? Ja Nein

Haben Sie jemals intravenöses MR Kontrastmittel bekommen ?

- Hatte die MR Kontrastmitteleingabe Nebenwirkungen gehabt? Ja Nein
- Wenn ja, welche? Bitte angeben:

Werden Sie wegen ernsthaften Krankheiten behandelt ?

- Wenn ja, bitte angeben, wegen wessen Krankheit:

Für weibliche Patienten:

- Sind Sie schwanger? Ja Nein
- Stillen Sie? Ja Nein

Bitte geben Sie Ihr Gewicht an: kg

(Wir fragen Ihr Gewicht, da unsere Geräte nur bis 120 kg belastbar sind.)

Sind sie stationärer Patient?

Bitte ankreuzen! Ich erkläre, dass ich am heutigen Tage

- stationärer Patient bin in der Abteilung des Krankenhauses oder
- kein stationärer Patient in keinem Krankenhaus bin.

Sollte die obige Erklärung nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass die Kosten der MR Untersuchung von meiner Seite beglichen werden müssen!

Ich erkläre, dass ich den Inhalt dieser Information verstanden habe und dass ich auf meine Fragen die erforderliche Information erhielt.

Ich bin mit der Verabreichung von dem intravenösen Kontrastmittel (bitte die zutreffende Antwort mit der *markierten Möglichkeit unterstreichen !)

*** a/ einverstanden**

***b/ nicht einverstanden**

Budapest, den

.....
Unterschrift des Patienten oder dessen Vertreter

Az orvos tölti ki! / Wird vom Arzt ausgefüllt!

A beteg tájékoztatása a fenti tartalommal megtörtént, az igényelt tájékoztatásokat megkapta.

Budapest, 201..... hó..... nap.

.....
szakorvos aláírása