

ANAMNESE UND AUFKLÄRUNG KARDIO MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (KARMRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Durchführung der Untersuchung für Sie so sicher wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten.

PERSÖNLICHE DATEN

Nachname, Vorname _____

Geb.-Datum _____

Größe in cm _____

Gewicht in kg _____

GESUNDHEITSFragen

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator, ein Cochleaimplantat, künstliche Herzklappen oder elektrische Implantate im Körper? Ja Nein

Falls ja, welche?: _____

2. Wurden Sie schon einmal operiert? (z.B. Kopf, Herz, Wirbelsäule, Bauchraum, Gelenke, Augen-OP) Ja Nein

Falls ja, was?: _____ OP-Datum: _____

3. Haben Sie Metallteile oder Implantate am oder im Körper? (z.B. künstliche Gelenke, Gefäßclips, Stents, Metallsplitters, Granatsplitters, Akupunkturnadeln, Clips, Coils, Platten, Medikamentenpumpen, Zahnprothesen mit Magnethalterung, Intraport oder Neurostimulator) Ja Nein

Falls ja, welche?: _____

4. Haben Sie Piercings, Tätowierungen, Permanent-Make-up? Ja Nein

5. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung (Einschränkung der Nierenfunktion)? Ja Nein

6. Ist bei Ihnen eine Organtransplantation geplant? (z.B. Leber, Niere, etc.) Ja Nein

7. Sind Sie Diabetiker? Ja Nein

8. Wurde bei Ihnen bereits eine MRT-Untersuchung durchgeführt? Ja Nein

Falls ja, wann/wo?: _____ Körperregion: _____

9. Bestehen Voruntersuchungen der betreffenden Körperregion? (z.B. MRT, CT, Röntgen, Ultraschall) Ja Nein

Falls ja, welche?: _____

10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Falls ja, welche?: _____

11. Sind bei Ihnen Allergien auf Medikamente/Kontrastmittel oder eine Histamin-Intoleranz bekannt? Ja Nein

Falls eine Allergie bekannt ist, welche?: _____

12. Wurde bei Ihnen schon einmal MRT Kontrastmittel verwendet? Ja Nein

Falls ja, haben Sie dieses gut vertragen?: Ja Nein

13. Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? Ja Nein

Falls ja, welche?: _____ wann?: _____

14. Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit (z.B. Hepatitis, HIV, multiresistente Keime wie MRSA)? Ja Nein

Falls ja, welche?: _____

15. Leiden Sie an Klaustrophobie (Angst in engen Räumen, Platzangst)? Ja Nein

DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN SIND NUR FÜR FRAUEN:

16. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Falls ja, in Woche?: _____

17. Stillen Sie zurzeit? Ja Nein

18. Tragen Sie eine Spirale? Ja Nein

ZUSÄTZLICHE GESUNDHEITSFragen FÜR KARDIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

19. Haben Sie in den letzten 12h Kaffee, schwarzen oder weißen Tee, Kakao, Schokolade bzw. Bananen, Energy Drinks oder Cola konsumiert? Ja Nein

Falls ja, wann?: _____

20. Haben Sie in den letzten 24 Stunden folgende Medikamente abgesetzt: Ja Nein

- Nitrate (z.B. Nitrospray)
- Molsidomin (z.B. Corvaton)
- β -Blocker (z.B. Metprolol, Beloc Zok, Bisoprolol, Atenolol)
- Theophillin

21. Leiden Sie an folgenden Lungenerkrankungen?

Allergisches Asthma Ja Nein
 Falls ja, wann war etwa der letzte Anfall?: _____

Chronische Bronchitis (COPD/ Asthma bronchiale) Ja Nein
 Falls ja, benutzen Sie Lungenspray? Ja Nein

22. Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? Ja Nein
 Falls ja, wann?: _____

23. Hatten Sie schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung oder Stent-Implantation? Ja Nein
 Falls ja, wann?: _____
 In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt: _____

24. Ist bei Ihnen eine Verengung (Stenose) einer Herzklappe bekannt? Ja Nein
 Falls ja, welche Herzklappe?: _____

25. Verspüren Sie eine Brustenge/Brustschmerzen oder Luftnot unter Belastung? Ja Nein
 Falls ja, wann?: _____
 Falls ja, beim Treppensteigen nach wie vielen Etagen müssen Sie anhalten?

26. Verspüren Sie häufig Extraschläge des Herzens oder unregelmäßigen Puls? (Vorhofflimmern/-flattern, Extrasystolen) Ja Nein

27. Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall oder eine TIA (kurzfristige Hirndurchblutungsstörung) gehabt?

Bluthochdruck Ja Nein Unbekannt

Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin) Ja Nein Unbekannt

Chronische Nierenerkrankung Ja Nein Unbekannt

Epilepsie Ja Nein Unbekannt

28. Sind Angehörige Ihrer Familie am Herzen erkrankt? Ja Nein
 Falls ja, haben Ihre Angehörigen Bypässe oder Stents Ja Nein
 Falls ja, haben Ihre Angehörigen einen Schlaganfall gehabt? Ja Nein

29. Rauchen Sie? Ja Nein
 Falls ja, wie viel und seit wann?: _____

Untersuchungsablauf

Die Kernspintomographie oder auch Magnet-Resonanz-Tomographie (kurz MRT) ist ein Untersuchungsverfahren, das mit Hilfe von einem starken Magnetfeld und Hochfrequenzwellen Schnittbilder erzeugt. Dabei wird die zu untersuchende Region in die Mitte einer 70cm großen Röhre positioniert, wobei bei vielen Körperregionen der Kopf außerhalb des kurzen Tunnels liegt.

Die Länge der Untersuchung variiert, je nach Fragestellung und Körperregion, zwischen 10-30 Minuten. In seltenen Fällen kann das auch eine Stunde oder länger dauern. Das MRT-Team wird Sie darüber genau informieren.

Außerdem wird es, aufgrund von schnell wechselnden Magnetfeldern, sehr laut während der Untersuchung. Damit Sie Ihr Gehör dabei nicht schädigen, erhalten Sie von den MRT-Mitarbeiter*innen einen Lärmschutz in Form von Ohrstöpseln und/oder Kopfhörern.

Sobald es laut wird, ist es wichtig, dass Sie den gesamten Körper ruhig liegen lassen. Jede Bewegung kann zu Bildunschärfen führen, was die Auswertung erschwert.

Sollen Sie weitere Fragen zum Untersuchungsablauf haben, können Sie sich gern an die MRT-Mitarbeiter*innen wenden!

Was ist zu beachten, wenn man sich in die Nähe des Magnetfeldes begibt?

Träger eines Herzschrittmachers und bestimmter Implantate dürfen nur nach vorheriger Tauglichkeitserklärung des Herstellers eine MRT-Untersuchung durchführen lassen. Andernfalls besteht Lebensgefahr! Um Schäden und Verletzungen aufgrund des starken Magnetfeldes zu vermeiden, dürfen in den Untersuchungsraum keine Metallgegenstände oder elektronischen Geräte eingebracht werden (z.B. Handy, **Hörgeräte**, Kreditkarten, Kleingeld, Brieftasche, Schlüssel, Feuerzeug, Uhr, Schmuck, Haarklammern, Brille, herausnehmbarer Zahnersatz, Gürtel Rollstühle, Rollatoren). Welche Kleidungsstücke Sie speziell für Ihre Untersuchung ausziehen sollten, teilt Ihnen unser Personal individuell mit. Für bestimmte Untersuchungen ist es notwendig, den BH (metallische Bügel und Ösen) oder auch die Hose (Reißverschluss und Knöpfe) abzulegen.

Tätowierungen und Permanent-Make-up

Bestimmte Tätowierungen und Permanent-Make-up mit eisenhaltigen Farben können sich während der MRT-Untersuchung verändern. Die metallhaltigen Farbpigmente können sich wie elektrische Leiter verhalten und es kann in diesem Bereich zu unangenehmen Erhitzungen, Reizungen der Haut und schlimmstenfalls zu Verbrennungen kommen. Magnetische Eyeliner, die zum Applizieren von magnetischen Wimpern aufgetragen werden, können sich ebenfalls erhitzen und müssen vor der MRT-Untersuchung restlos entfernt werden. Magnetische Wimpernpaare müssen abgelegt werden.

Spirale (Intrauterinpeessar) und Diaphragma

Da es zu einer Lageveränderung während der MRT kommen kann, sollte Ihr Gynäkologe nach einer MRT-Untersuchung den korrekten Sitz der Spirale überprüfen.

Kontrastmittel

Bei bestimmten Fragestellungen ist die Gabe eines Kontrastmittels (KM) zwingend erforderlich, um eine eindeutige Diagnose stellen zu können. Das KM wird in den meisten Fällen während der Untersuchung in die Armvene injiziert. Wir verwenden ein gadoliniumhaltiges Kontrastmittel (MRT-Kontrastmittel), welches in der Regel gut verträglich ist. In seltenen Fällen kann es zu allergischen Reaktionen kommen (z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel oder Hautirritationen an der Einstichstelle). Sehr selten treten Hautrötungen und Ausschlag auf. Extrem selten wurden Atembeschwerden, Schwellung des Gesichts sowie des Mund-, Rachen- und Halsbereiches und Ödeme der Augenlider beschrieben. Da das KM über die Nieren wieder ausgeschieden wird, kann es bei einer eingeschränkten Nierenfunktion (also auch bei Dialysepflicht sowie nach einer Lebertransplantation) zu einer nephrogenen systemischen Fibrose kommen. Bitte teilen Sie uns mit, wenn bei Ihnen der Verdacht auf eine eingeschränkte Nierenfunktion besteht. Um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu unterstützen, empfiehlt es sich nach der Untersuchung viel zu trinken. Frauen, die stillen und ein KM erhalten haben, sollten für ca. 24 Stunden mit dem Stillen aussetzen, da gadoliniumhaltige KM in sehr geringen Mengen in die Muttermilch abgegeben werden. Im günstigsten Fall sollte Milch vor der MRT-Untersuchung abgepumpt werden.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen (Paravasat). Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten kann und extrem selten am Arm Gefäß- und Nervenverletzungen, Gewebeschädigungen oder Infektionen verursachen kann. Falls Sie während der Kontrastmittelgabe Schmerzen und eine Schwellung am Arm verspüren, verständigen Sie umgehend die Mitarbeiter.

Nur bei Stressuntersuchungen

Bei der Untersuchung von Durchblutungsstörungen des Herzens wird ein Medikament über die Vene verabreicht, welches eine körperliche Belastung simuliert. Während dieser drei- bis vierminütigen Verabreichung kann es, wie bei einer körperlichen Belastung, zu Herzklopfen, Schwitzen, vermehrtem Atmen, Hitzegefühl, Druck auf der Brust, Engegefühl im Brustkorb oder zu Druckgefühl im Kopf kommen. Diese Symptome sind jedoch eine normale Reaktion des Körpers auf das Stressmedikament und enden nach der Zufuhr des Medikaments aufgrund der kurzen Halbwertszeit sehr schnell. Es können in seltenen Fällen Herzrhythmusstörungen und ein Abfall des Blutdrucks auftreten. Sie werden während der Untersuchung ständig überwacht (visuell und per EKG, Blutdruckmessung, O2-Sättigung) und stets nach Ihren Veränderungen des Befindens befragt.

Herz- und Gefäßuntersuchungen

Es sind zum Teil sogenannte Apnoe-Messungen (Messungen mit angehaltenem Atem) notwendig. Dabei werden Sie aufgefordert, für ca.10 bis 20 Sekunden die Luft anzuhalten. Dies ist in der Regel sehr gut durchführbar.

Einverständniserklärung zur Sedierung/ Medikamente

Für den Fall, dass Sie eine leichte Sedierung aufgrund einer Klaustrophobie oder ein Medikament zur Einschränkung der Darmtätigkeit erhalten haben, ist Ihr Reaktionsvermögen beeinträchtigt. So können unerwünschte Nebenwirkungen wie Sehstörungen, Übelkeit oder Schwindel hervorgerufen werden Sie sind für 24 Stunden nur eingeschränkt straßenverkehrstauglich. Innerhalb dieser Zeit dürfen Sie nicht selbst Auto oder Rad fahren. Sie müssen deshalb in Begleitung kommen. Ebenso sollten Sie auf das Führen gefährlicher Maschinen verzichten. Des Weiteren vermeiden Sie Alkohol, da sich die Wirkung von Beruhigungsmitteln auf unvorhersehbare Weise verändern bzw. verstärken kann.

EINWILLIGUNG IN DIE UNTERSUCHUNG

Den Inhalt der Aufklärung habe ich verstanden und ich bin über mögliche Risiken aufgeklärt worden. Ich willige hiermit freiwillig in die Durchführung der vorliegenden Untersuchung ein. Für den Fall, dass die Anwendung eines Kontrastmittels erforderlich sein sollte, willige ich ebenfalls freiwillig ein. Ich bestätige die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*

Ärztliche Anmerkungen:

Gesprächsnotizen:

Das Legen des intravenösen Zugangs wird durchgeführt von _____ (Name Mitarbeiter/in)

Untersuchung freigegeben

X

Unterschrift Arzt

* Für den Patienten kann eine unterschriftsberechtigte Begleitperson, wie z.B. ein Sorgerechtigter, Vormund oder Bevollmächtigter unterzeichnen. Unterschreibt ein Sorgerechtigter (z. B. Elternteil) allein, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen sorgerechtigten Teil handelt.