

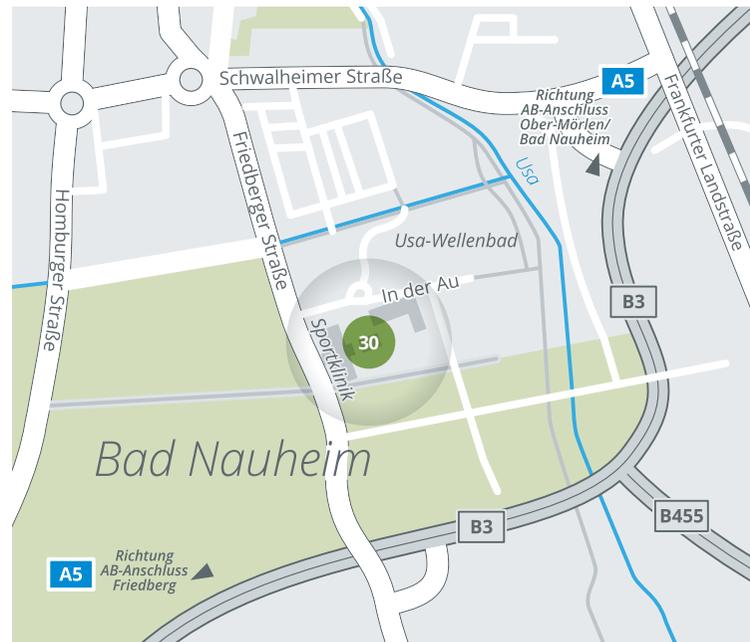
[BAD NAUHEIM]

Was müssen Sie beachten?

- Bringen Sie bitte sämtliche Unterlagen zu Ihrer Erkrankung mit (Arztbriefe, Laborbefunde, Voraufnahmen usw.).
- Da starke Blähungen zu einer schlechten Bildqualität führen, sollten Sie 2 – 3 Tage vor der Untersuchung blähende Speisen meiden.

Wie läuft die Untersuchung ab?

- Die Untersuchung wird ca. 35 – 40 Minuten in unserem Gerät betragen.
- Für die Bildqualität ist es sehr wichtig, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegen bleiben.
- Während der Untersuchung wird Ihnen gegebenenfalls ein Kontrastmittel gespritzt. Das Kontrastmittel enthält kein Jod, es wird vom Körper rasch wieder ausgeschieden und ist sehr gut verträglich.
- Nach der Untersuchung erhalten Sie eine CD mit den Bilddaten. Wir senden einen Befundbericht an Ihren Urologen, der mit Ihnen den Befund und das weitere Vorgehen besprechen wird.



Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin

In der Au 30 – 32 · 61231 Bad Nauheim
 Telefon 06032 867549-0 · Telefax 06032 867180
info@radiomedicum.de · www.radiomedicum.de

Sprechzeiten

Mo bis Do 8.00 bis 18.00 Uhr, Fr 8.00 bis 16.00 Uhr
 und nach Vereinbarung

[MRT DER PROSTATA]

Multiparametrische Magnetresonanztomographie der Prostata

Sehr geehrter Patient,
 wir sollen bei Ihnen eine MRT-Untersuchung der Prostata durchführen.

Die MRT ist ein radiologisches Schnittbildverfahren. Dabei wird eine bestimmte Region Ihres Körpers Schicht für Schicht abfotografiert. Bei der MRT gibt es für Sie keine Strahlenbelastung durch Röntgenstrahlen. Die Bilder werden aus einem Zusammenspiel von einem starken Magnetfeld und Radiowellen erzeugt. Aufgrund langjähriger Erfahrung kann man davon ausgehen, dass die MRT-Untersuchung unbedenklich für den Menschen ist.

Sollten Sie Träger eines Herzschrittmachers, Defibrillators, Event-Recorders oder Cochlea-Implantates sein, **setzen Sie sich bitte sofort mit uns in Verbindung!** Sollten Sie mehr als eine Endoprothese im Körper tragen, sollten Sie sich ebenfalls mit uns in Verbindung setzen.

Metallteile im Körper (Granatsplitter, Prothesen, Herzklappen, Gefäßclips, Schrauben, Nägel etc.) sind normalerweise kein Problem. Tragen Sie bitte entsprechende Implantate und Fremdkörper im Fragebogen zur MRT auf den nächsten Seiten ein.

NAME

GEB.-DATUM / /

VORNAME

GRÖSSE cm

GEWICHT kg

Fragebogen

Zur Vorbereitung der Kernspinuntersuchung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Zutreffendes bitte im jeweiligen Kästchen ankreuzen:

- | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Wurde die Prostata schon einmal mit dem MRT untersucht? | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Wurde eine Prostatabiopsie durchgeführt, wenn ja, wann? | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators, eines Event-Recorders oder Cochlea-Implantates? | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Sind Sie Träger anderer elektrisch oder mechanisch aktiver Implantate? (z. B. Medikamentenpumpe, Neurostimulatoren) | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Sind in Ihrem Körper Metallteile? (Granatsplitter, Prothesen, etc.) | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Tragen Sie eine Tätowierung oder ein Piercing? | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Prostata-Untersuchung erfordert gegebenenfalls die Gabe eines Kontrastmittels. Dieses wird in die Armvene injiziert. Das Kontrastmittel in der Kernspintomographie ist nicht jodhaltig, und wird sehr gut vertragen. Dennoch kann es zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen.

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Traten im Rahmen einer Kontrastmittelgabe schon einmal Nebenwirkungen auf? | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z. B. Asthma, Heuschnupfen oder gegen Medikamente) | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z. B. Hepatitis, HIV, andere Infektionen) | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden? (Bei Unklarheiten Antwort bitte offen lassen.) | ja | nein |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alle im Folgenden genannten Nebenwirkungen im Rahmen der Kontrastmittelgabe sind **selten bis sehr selten**:

1. Leichte allergische Reaktionen wie Juckreiz oder Hautrötung. Diese Symptome verschwinden meistens von selbst nach kurzer Zeit und bedürfen keiner besonderen medizinischen Behandlung (**selten**, weniger als 1 von 10.000 Behandelten):
2. Schwere allergische Reaktionen mit Schwellung der Schleimhäute, Kreislaufversagen, die ohne sofortige medizinische Behandlung unter Umständen lebensbedrohlich sein könnten und zu lebenslanger Behinderung wie Nierenversagen oder Hirnschäden führen können. Alle unsere Mitarbeiter sind für eine solche Situation speziell geschult und haben Erfahrung in der Beherrschung dieser Komplikationen. In schweren Fällen kann der „anaphylaktische Schock“ allerdings auch zum Tode führen (**sehr selten**, weniger als 1 von 100.000 Behandelten).
3. Sollte Kontrastmittel versehentlich aus der Vene in das Weichteilgewebe austreten (Paravasat), kann es zu einer Schwellung kommen, diese klingt in den allermeisten Fällen von selbst wieder ab. In einzelnen Fällen kann es zur Entzündung der Venen (Thrombophlebitis) kommen. Bei ausgeprägter Symptomatik kann auch eine operative Versorgung notwendig werden. Unter Umständen können dann auch Narben oder ein Funktionsverlust von Nerven oder Muskel die Folge sein (**sehr selten**, weniger als 1 von 100.000 Behandelten).

Ich habe die Ausführungen gelesen und verstanden. Ich bin mir bewusst, dass durch Notfallpatienten Verzögerungen bei fest vereinbarten Terminen auftreten können und ich keinerlei Schadensersatzansprüche wegen anfallender Wartezeiten geltend machen kann.

Ich bestätige, eine Kopie des Aufklärungsbogens erhalten zu haben:



.....
Datum und Unterschrift des Patienten