

## **Patienteninformationsblatt für die Fetale Magnetresonanztomographie (MRT)**

### **Sehr geehrte Patientin!**

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin zu einer Fetalen Magnetresonanztomographie-Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die rückseitig angeführten Fragen zu beantworten. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

### **Was ist eine Fetale Magnetresonanztomographie?**

Mit einer Fetalen Magnetresonanztomographie wird Ihr Baby ohne Anwendung von Röntgenstrahlung untersucht. Zur Erzeugung der Bilder benötigt man ein starkes Magnetfeld und Hochfrequenzimpulse. Die aus dem Körper der Schwangeren empfangenen Signale werden mittels Computer ausgewertet. Die Untersuchung wird seit 1983 durchgeführt und ist völlig schmerzfrei. Derzeit sind keine Nebenwirkungen für Sie oder Ihr Kind bekannt. (vgl. KANAL, Emanuel, 1994, Pregnancy and the safety of magnetic resonance imaging.)

### **Welche Vorbereitung ist notwendig?**

Wir bitten Sie, vor der Untersuchung die Toilette aufzusuchen und die Harnblase zu entleeren, da dies während der Untersuchung nicht möglich ist. Unmittelbar vor der Untersuchung sollten Sie koffeinhaltige Getränke wie z.B. Kaffee oder Coca Cola und Speisen meiden, da sich Ihr Baby sonst während der Untersuchung stark bewegt.

### **Wie läuft die Untersuchung ab?**

Die Untersuchung dauert zwischen 30 und 45 Minuten. Sie liegen während der Untersuchung in Rückenlage oder Seitenlage, mit den Füßen voran in der Röhre. Der Kopf befindet sich außerhalb der Röhre. Während der Untersuchung sind laute Klopfgeräusche zu hören. Diese Geräusche sind normal und gehören zur Untersuchungsprozedur. Selbstverständlich stellen wir Ihnen einen Gehörschutz in Form von Kopfhörern zur Verfügung. Über die Kopfhörer können wir Ihnen auch, falls notwendig, Atemkommandos durchsagen. Es ist sehr wichtig, dass Sie ganz ruhig liegen bleiben, da selbst geringe Bewegungen Bildstörungen verursachen. Die Bewegungen des Babys können stärker werden, hervorgerufen durch die vom Magnetfeld verursachte Wärmeentwicklung oder durch die untersuchungsbedingte Betriebslautstärke des Tomographen.

Während der gesamten Untersuchungsdauer werden Sie mittels Sprechanlage und Videoüberwachung beaufsichtigt. Sie können sich außerdem jederzeit durch Drücken einer Notglocke bemerkbar machen.

Achten Sie bitte darauf, dass Sie auf der Rückseite Ihr Einverständnis zur Untersuchung unterschrieben haben.

\_\_\_\_\_  
Name der Patientin



Um ein möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

- 1. Wurde bei Ihnen bereits eine MRT-Untersuchung durchgeführt?  Ja  Nein
- 2. Haben Sie Angst in engen Räumen?  Ja  Nein
- 3. Sind sie Trägerin eines Herzschrittmachers?  Ja  Nein
- 4. Haben Sie Implantate oder Prothesen?  Ja  Nein  
wie z.B.: Insulinpumpe, Mittelohrimplantat, Herzklappen, Stent, Gefäßclip.
- 5. Sind in Ihrem Körper Metallteile?  Ja  Nein  
wie z.B.: Prothesen, Metallclips, Metallsplitter, Piercing.
- 6. Sind sie an Herz, Blutgefäßen oder am Kopf  Ja  Nein  
insbesondere an Augen oder Ohren operiert worden?
- 7. Sind Sie tätowiert?  Ja  Nein
- 8. Können Sie während der Untersuchung am Rücken liegen?  Ja  Nein
- 9. In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? ...Woche ...Tag
- 10. Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung? .....
- 11. Körpergröße und Körpergewicht ..... cm ..... kg

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und mich betreffende Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der fetalen MRT-Untersuchung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Datum / Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des/der  
Untersuchers/Untersucherin

**WIR BITTEN SIE, DIESES FORMULAR VOR DER UNTERSUCHUNG DER / DEM ASSISTENTIN/EN ZU ÜBERGEBEN!**

Die Patientin stimmt der Untersuchung zu  Ja  Nein

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde die Patientin über mögliche Nachteile, die sich dadurch ergeben könnten, informiert.