



Dres. St. Neumann, P. Baumann, Chr. Jürgens, S. Hamers, W. Flocken,  
A. Pröschold, U. Siefker, U. Bergt, J. von Lingen, C. Bendel, N. Wendt, M. Michael,  
B. Hecht, A. Heetfeld; E. Schmidt, D. Krastel, J. Potthast, A. Neumann  
Fachärzte für Radiologie / Nuklearmedizin

## Einverständniserklärung zur Arthro-MRT

Die MR-Arthrographie des Hüftgelenkes und der Schulter ist ein spezielles Untersuchungsverfahren in der Magnetresonanztomographie (MRT), bei dem feinste krankhafte Veränderungen am Kapsel-Band-Apparat dargestellt werden können. Dies wird ermöglicht, in dem man vor der eigentlichen MRT-Untersuchung die Gelenkhöhle mit einem Kontrastmittel auffüllt. Hierzu wird unter Röntgenkontrolle die Gelenkkapsel unter örtlicher Betäubung punktiert und mit Kontrastmittel gefüllt. Im Anschluss wird die MRT-Untersuchung durchgeführt.

### Nebenwirkungen und Risiken:

Durch die Kontrastmittelinjektion in das Gelenk entsteht ein Druckgefühl, welches normal ist und eine ausreichende Füllung anzeigt. Hierdurch ist die Beweglichkeit in dem Gelenk über mehrere Stunden eingeschränkt. Das Führen eines Fahrzeugs oder von Maschinen muss für 6 Stunden unterbleiben.

Die Kontrastmittelflüssigkeit wird innerhalb weniger Stunden von der Gelenkkapsel aufgenommen und über die Nieren ausgeschieden. Die örtliche Betäubung erfolgt in der Nähe eines Schulter- und Oberschenkelnervens. Hierdurch können vorübergehende Missempfindungen entstehen. Sie bilden sich innerhalb weniger Stunden zurück. Eine Verletzung von Adern mit nachfolgendem Bluterguss ist möglich, wobei die von uns verwendete Punktionsnadel sehr dünn ist.

Die größte Gefahr besteht in einem Infekt durch das Einschleppen von Krankheitserregern in das Gelenk. Dies ist selten, kann aber im Einzelfall schwerwiegende Folgen mit langwieriger Antibiotikatherapie, Operationen, ggf. bakterieller Zerstörung des Gelenkes mit der Notwendigkeit eines endoprothetischen Gelenkersatzes nach sich ziehen. Lebensgefährliche Blutvergiftungen sind theoretisch möglich, zum Glück jedoch extrem selten.

	ja	nein
• Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sind Sie an Kopf oder Herz operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist eine Kontrastmittelallergie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht eine Nierenfunktionsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (HIV, Hepatitis, Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Körpergewicht:		Kg

**Name:**

**Geb. Datum:**

**Vorname:**

**Telefon:**

### Einwilligungserklärung:

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung nach genügender Bedenkzeit ein.

Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden.

ja

nein

Ich versichere, außer den oben erwähnten, keine Metallobjekte/-splitter im Körper zu haben und vor der Untersuchung alle metallischen/elektronischen Gegenstände in der Umkleidekabine zu lassen.

Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens

Ich wünsche die Aushändigung einer Kopie dieses Aufklärungsbogens

**Datum:**

**Unterschrift: X**

Unterschrift des aufklärenden Arztes: