



Name:

Geb.-Datum:

Datum:

### Aufklärungsblatt MR-Arthrographie

Sehr geehrter Patient!

Der Befund in der vorliegenden MRT oder die besondere Fragestellung Ihres zuweisenden Arztes erfordert die Durchführung einer MRT-Arthrographie von Ihrem

Schultergelenk     Handgelenk     Hüftgelenk    oder  
 \_\_\_\_\_

DL: \_\_\_\_\_ s    Dosis: \_\_\_\_\_  $\mu\text{Gy}/\text{cm}^2$     Xenetix 2ml: \_\_\_\_\_

Magnevist: \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_

**Was ist eine Arthrographie?** Eine direkte Darstellung des Gelenkraumes mit Kontrastmittel.

#### Wie wird die Untersuchung durchgeführt?

Nach Desinfektion und steriler Abdeckung der Punktionsstelle wird eine dünne Nadel unter Durchleuchtungskontrolle in das Gelenk vorgeschoben.

Durch Injektion eines Röntgen-Kontrastmittels wird die korrekte Lage kontrolliert.

Erst danach wird das MR-Kontrastmittel bis zur Vollfüllung injiziert

und anschließend die Nadel wieder entfernt. Anschließend erfolgt die Untersuchung mittels MRT.

Das Kontrastmittel wird innerhalb weniger Stunden von der Gelenkkapsel aufgenommen und über die Nieren ausgeschieden.

#### Mögliche Komplikationen:

- Spannungsschmerz im Gelenk
- Schmerzen an der Einstichstelle
- Blutung bzw. Einblutung in das Gelenk (sehr selten)
- Infektionen des Körpers oder Gelenkes, die mit Antibiotika behandelt werden müssen oder einen chirurgischen Eingriff erfordern (sehr selten)
- Nervenverletzungen mit Sensibilitätsstörungen und/oder Lähmungen (extrem selten)
- Allergische Reaktionen auf das jodhaltige Röntgen-Kontrastmittel
- Allergische Reaktionen auf das gadoliniumhaltige MR-Kontrastmittel (sehr selten)
- Kreislaufstörung
- Schilddrüsenfunktionsstörung (Hyperthyreose)
- Nierenfunktionsstörung



DIE RADIOLOGIE  
INDIVIDUELLE DIAGNOSTIK

Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen?

ja  nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente  
(Marcumar, Heparin, Aspirin, ASS usw.)?

ja  nein

Sind Sie Diabetiker?

ja  nein

Sind Allergien (z.B. gegen Kontrastmittel, Jod) bekannt?

ja  nein

Besteht eine Hepatitis- oder HIV-Infektion?

ja  nein

Besteht eine Nierenfunktionsstörung?

ja  nein

Besteht eine Schilddrüsenerkrankung?

ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft / Stillzeit?

ja  nein

Sollten Sie eine dieser Fragen mit ja beantwortet haben oder falls Sie noch weitere Fragen haben, bitten wir Sie sich mit dem behandelnden Arzt oder der zuständigen Assistentin in Verbindung zu setzen!

Sollten nach der Behandlung Komplikationen auftreten, wenden Sie sich an uns oder Ihren zuweisenden Arzt!

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden.

Mit der geplanten Behandlung bin ich einverstanden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_