

Information zur Magnetresonanz-Untersuchung des Herzens

Bei Ihnen wurde die Indikation für eine Magnetresonanz-Untersuchung des Herzens gestellt. Mit dieser Untersuchung können Fragen zur Diagnosestellung und Verlaufsbeurteilung von Herzerkrankungen beantwortet werden. Dabei kommen keine Röntgenstrahlen zur Anwendung. Je nach Fragestellung werden für die Untersuchung Belastungs-Medikamente und Kontrastmittel verwendet. Für die Untersuchung verbringen Sie 45 bis 60min im MR-Gerät.

Kontrastmittel

Zur genauen Beurteilung von Herzgewebe und Blutgefässen wird bei praktisch allen Untersuchungen ein Kontrastmittel auf Gadolinium-Basis verwendet. Diese Kontrastmittel werden in der Regel gut vertragen und weltweit routinemässig verwendet. Selten treten leichte Reaktionen wie Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen auf. Allergische Reaktionen sind sehr selten. Bei schwerster Niereninsuffizienz wird Gadolinium nicht verwendet.

Achtung: Sollten Sie mit Platzangst zur MRI Herz Untersuchung kommen, dann muss zwingend eine Begleitperson anwesend sein, welche Sie im Anschluss nach Hause bringt, ansonsten die Untersuchung nicht stattfinden kann. Das Risiko, dass durch die Nachwirkung der Medikation ein Unfall (Umfallen, Reaktionsverminderung, plötzliches Einschlafen) passieren könnte, ist zu gross und die Radiologie der Klinik im Park übernimmt hierfür keine Haftung. Herzlichen Dank.

Belastungs-Medikamente

Belastungs-Medikamente werden eingesetzt, wenn eine Erkrankung der Herzkranzgefässe vorhanden ist oder vermutet wird. Meistens wird Adenosin verwendet, gelegentlich Dobutamin. Adenosin erweitert gesunde, jedoch nicht verengte Blutgefässe. Damit lassen sich Durchblutungsstörungen erkennen. Adenosin wird intravenös über ca. 4 Min. verabreicht. Nebenwirkungen können Gesichtsrötung, Hitzegefühl, Druckgefühl auf der Brust und im Kopf und leicht erschwerte Atmung sein. Sehr selten sind schwere Atemproblemen (gelegentlich bei Asthmatikern). Die Nebenwirkungen verschwinden wenige Sekunden nach Beenden der Infusion. Dobutamin wird ebenfalls als Infusion verabreicht und lässt das Herz schneller und kräftiger schlagen. Es kann zu Herzklopfen, Kribbeln im Haarboden und gelegentlich zu Brustschmerzen und Rhythmusstörungen kommen.

Der Arzt, der die Untersuchung durchführt, ist mit der Erkennung und der Behandlung der oben beschriebenen Nebenwirkungen vertraut und erfahren. Die erforderlichen Medikamente und Geräte zur Behandlung dieser Nebenwirkungen stehen am Ort der Untersuchung unmittelbar zur Verfügung.

Weiterverwendung Ihrer Daten für Forschung und Qualitätssicherung

Informationen aus Ihrer Krankengeschichte können helfen, mehr über Erfolge und Misserfolge in der Prävention sowie über die Erkennung und Behandlung von Krankheiten zu verstehen. Es ist möglich, dass Ihr Patientendossier zu einem späteren Zeitpunkt durch Mitarbeitende des HerzGefässZentrums Zürich wissenschaftlich sowie zur Qualitätssicherung ausgewertet wird. Die Weiterverwendung wie auch die Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt in jedem Fall in verschlüsselter Form und unter Berücksichtigung aller geltenden Datenschutzbestimmungen (der Codierungs-Schlüssel bleibt im HerzGefässZentrum Zürich). Wenn Sie trotzdem nicht wünschen, dass Ihre Daten weiterverwendet werden, informieren Sie bitte Ihre Ärztin/Ihren Arzt

Ich habe die Informationen gelesen und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.

Unterschrift des Patienten

Datum

Unterschrift Arzt

Datum

1. EINWILLIGUNG UND FRAGEBOGEN

MR HERZ

RADIOLOGIE HIRSLANDEN ZÜRICH

T +41 44 387 26 00

radiologie.zuerich@hirslanden.ch

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum
Vorname	

Sie wurden durch Ihren Arzt für eine Untersuchung Ihres Herzens in unserer Institution angemeldet. Insbesondere geht es darum, Ihr Herz unter Belastung zu testen. Die Untersuchung wird von einem Facharzt für Radiologie zusammen mit einem Facharzt für Kardiologie befundet.

Falls Sie einen Herzschrittmacher, eine Medikamentenpumpe, einen Neurostimulator, einen mechanischen Aortenklappenersatz, einen Defibrillator oder Asthma haben, melden Sie sich vor der Untersuchung bei uns in der im Briefkopf erwähnten Institution.

Die Durchblutung der Herzmuskulatur kann in Ruhe und unter Belastung verglichen und somit eine eventuell vorhandene Minderversorgung des Herzmuskels nachgewiesen werden. Als Alternative zur Belastung mit dem Fahrrad, stehen uns Medikamente aus der Gruppe der Nukleosiden zur

Verfügung, welches in eine Armvene gespritzt wird. Ebenfalls kann dadurch die Pumpfunktion des Herzens und die Grösse der Herzkammern beurteilt werden. Durch die Gabe von Kontrastmittel werden Vernarbungen von möglichen früheren Herzinfarkten sichtbar.

Damit das Medikament aus der Gruppe der Nukleosiden optimal wirkt, **verzichten Sie bitte während 24 Stunden** vor dem Untersuchungstermin auf Getränke und Speisen, die Koffein, Theophyllin oder Theobromin enthalten wie **Kaffee, koffeinfreier Kaffee, Cola, Energy Drink, Schwarz- und Grüntee, Schokolade und Bananen**. Diese können das Untersuchungsergebnis verfälschen und wir können das MRT nicht mehr durchführen. Ihre Medikamente können Sie wie gewohnt einnehmen.

Während der mehrminütigen Verabreichung des Medikamentes entstehen Nebenwirkungen, welche ähnlich einer körperlichen Belastung sind. Es kann zu einem Hitzegefühl, Schwitzen sowie vermehrtes Atmen und Druck- und Engegefühl im Brustkorb oder Kopf kommen. Wird die Zufuhr des Medikamentes gestoppt, verschwinden diese Nebenwirkungen sofort.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an ihren Arzt oder an uns.

Für die gesamte Untersuchung, inklusive Vorbereitung, rechnen Sie sich genügend Zeit ein. Falls Sie zusätzliche Fragen haben, dürfen Sie uns diese jederzeit stellen.

FRAGEBOGEN

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Untersuchung nicht oder ggf. nur nach entsprechender Vorbereitung durchgeführt werden.

Hierzu ist es für uns wichtig, bestimmte Einflussfaktoren zu erfragen. Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten, um eventuelle Risiken auszuschliessen. Falls notwendig, sind wir beim Beantworten der Fragen behilflich.

Bitte ankreuzen (X) und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen

Hatten Sie schon einmal ein Herz MRI? Haben Sie eine Bilddokumentation? Wenn ja, wann und wo? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie schon einmal ein Koronar CT? Haben Sie eine Bilddokumentation? Wenn ja, wann und wo? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit (z.B. am Herzmuskel, Herzrhythmusstörungen) bekannt? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert oder wurde ein Herzkatheter durchgeführt? (zutreffendes Unterstreichen) Wenn ja, was wurde gemacht (z.B. Bypass, Klappen, Stent)? _____ Wenn ja, wann und wo? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie heute Kaffee, Schwarz-oder Grüntee, sonstige koffeinhaltige Lebensmittel, Schokolade oder Bananen zu sich genommen? <i>(Bitte erst am Untersuchungstag ausfüllen)</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer Lungenerkrankung wie Asthma oder COPD?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Für Männer:

Haben Sie in den letzten 72 Stunden potenzsteigernde Mittel (Viagra, Cialis, Levitra) eingenommen? <i>(Bitte erst am Untersuchungstag ausfüllen)</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

EINWILLIGUNG

Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige in die vom Arzt vorgesehene, oben vermerkte Untersuchung ein.

Mit eventuell medizinisch erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden. Den Fragebogen (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Zürich, _____

Unterschrift : _____

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Vom Personal auszufüllen

Ruhepuls vor der Untersuchung	
Oraler Betablocker	
Ruhepuls während der Untersuchung	
i.v. Betablocker während der Untersuchung	
Zuständige/zuständiger MTRA	