

Aufklärungsbogen für nuklearmedizinische Untersuchungen



Radiologie
Weinheim

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, d.h. eine Untersuchung mit einer radioaktiv markierten Substanz (Radiopharmakon) geplant. Dieser Aufklärungsbogen dient zu Ihrer Information.

Zur Untersuchung wird Ihnen eine geringe Menge eines Radiopharmakons verabreicht, entweder in eine Armvene injiziert oder unter die Haut gespritzt. Anschließend verteilt sich das Mittel im Körper und reichert sich überwiegend in dem Organsystem an, das untersucht werden soll. Die radioaktiven Strahlen werden dann von außen mit einem speziellen Gerät (Gammakamera) aufgenommen, es werden Bilder (Szintigramme) erstellt und ausgewertet. Zwischen der Injektion und den Aufnahmen wird meistens eine gewisse Wartezeit benötigt, die Ihnen mitgeteilt wird.

Die Strahlenbelastung bei diesen Untersuchungen ist vergleichbar mit Röntgenuntersuchungen und meist geringer als bei einer Computertomographie. Aus Gründen des Strahlenschutzes sollten schwangere Frauen nur im Notfall nuklearmedizinisch untersucht werden.

Zu einer nuklearmedizinischen Untersuchung gibt es im Prinzip Alternativen:

Ultraschall, Röntgen, Computertomographie und Kernspintomographie. Damit lassen sich aber nicht alle Fragestellungen hinreichend beantworten, so dass im Einzelfall eine Szintigraphie notwendig wird.

Untersucht wird folgendes Organsystem:

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Lymphknoten | <input type="checkbox"/> Nebenschilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Skelett | <input type="checkbox"/> Speicheldrüsen |

Folgende **allgemeine Risiken** bestehen bei Injektionen:

Nachblutungen, Venenentzündungen, lokale Gewebeschäden, Spritzenabzesse, Sepsis, Nervenschädigungen können vorkommen, sind aber selten.

Spezielle Risiken bei nuklearmedizinischen Untersuchungen sind:

Sehr selten allergische Reaktionen, die mit leichten Beschwerden, wie Hautrötung, und Juckreiz, aber auch mit ernstesten Symptomen, wie Luftnot, Krampfanfällen oder Kreislaufversagen einhergehen und zu einer intensivmedizinischen Behandlung führen können.

Bei einer Nierenuntersuchung wird gegebenenfalls ein harntreibendes Medikament (Furosemid) injiziert. Dadurch kann es zu gesteigertem Harndrang und bei Nierensteinen zum Auslösen einer Kolik kommen; ein vorliegender Harnstau kann sich eventuell verschlechtern; Blutdruckabfall und Kreislaufstörungen sind möglich, gelegentlich auch Hörstörungen, die meist wieder heilbar sind, manchmal aber auch irreversibel sein können.

Bei Untersuchungen der Lunge oder der Lymphknoten besteht das Radiopharmakon aus Humanalbumin (menschliches Eiweiß). Es existiert ein theoretisches Risiko der Übertragung von infektiösen Krankheitserregern, wobei ein solches Ereignis bislang nicht nachgewiesen wurde.

Radioaktive Substanzen können in die Muttermilch übergehen, sodass stillende Frauen eine Still-Pause von 24 Stunden einhalten müssen.

Nach der Untersuchung können Sie durch vermehrtes Trinken die Ausscheidung des radioaktiven Mittels beschleunigen. Auch wenn die Strahlung, die von Ihnen ausgeht, keine Gefahr für Ihre Umgebung darstellt, sollten Sie vorsichtshalber am Untersuchungstag den Kontakt zu Schwangeren und Kleinkindern vermeiden. Falls Ihnen ein harntreibendes Mittel (Furosemid) gegeben wurde, dürfen Sie am Untersuchungstag nicht am Straßenverkehr teilnehmen und müssen sich von einer erwachsenen Person abholen lassen.

Sollten Sie noch **weitere Fragen** haben, sprechen Sie uns bitte vor der Untersuchung an.

Wir bitten Sie, uns für einen reibungslosen Ablauf der gewünschten Untersuchung noch ein paar Fragen zu beantworten:

1. Wurde die jetzt geplante Untersuchung schon einmal bei Ihnen durchgeführt? nein ja
Wenn ja, wann und wo: _____
- Sind Voraufnahmen vorhanden? nein ja
2. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? nein ja
Wenn ja, welche: _____
3. Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt? nein ja
4. Bei Patientinnen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen oder stillen Sie? nein ja
Datum der letzten Periode: _____
5. Sind übertragbare Infektionskrankheiten bei Ihnen bekannt? nein ja
(HIV, Hepatitis, TBC etc.) Wenn ja, welche: _____

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Die Praxis darf die Befunde (inklusive Bildmaterial) der angeforderten Untersuchungen an die behandelnden Ärzte weiterleiten. Die Datenweitergabe erfolgt zum Zwecke meiner Weiterbehandlung. nein ja

Die Praxis darf die Befunde (inklusive Bildmaterial) vorheriger Untersuchungen durch den behandelnden Arzt und/oder andere Ärzte bzw. Leistungserbringer anfordern. Diese Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung in die Übermittlung meiner Daten dient allein dem Zwecke der Befundung. nein ja

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich habe das Merkblatt „Praxisinformation Datenschutz“ im Wartebereich der Praxis zur Kenntnis genommen. nein ja

Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

(Bei Patienten unter 18 Jahren Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)