Radiologie Team Ortenau
Zentrum für Nuklearmedizin
Leitender Arzt:
Dr. T. Spehl

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine sog. Granulozyten-Szintigraphie durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um ein hochsensitives Verfahren zum Nachweis entzündlicher Veränderungen insbesondere bei Prothesen (Knie, Hüfte), aber auch von Gefäßen. Zu diesem Zweck wird ein gering radioaktiv markierter Antikörper (sog. Tracer) intravenös verabreicht, welcher sich an Entzündungszellen (sog. Granulozyten) anreichert.
Dieser Antikörper stellt ein Fremdeiweiß für den Körper dar, hier besteht ein (sehr geringes) Risiko einer allergischen Reaktion. Vor der Untersuchung wird daher eine geringe Menge Blut entnommen und Ihr Blut auf sog. MAB-Antikörper getestet. Nur wenn dieser Test negativ ist, kann die Granulozyten-Szintigraphie sicher durchgeführt werden.
Danach wird Ihnen die markierte Lösung in eine Vene verabreicht. Es besteht ein (sehr geringes) Risiko einer allergischen Reaktion. Sicherheitshalber werden Sie für 30 Minuten in der Praxis nachbeobachtet, um verzögerte allergische Reaktionen auszuschließen. Sonstige Nebenwirkungen sind meist nur sehr gering ausgeprägt (Schwindel, Wärmegefühl, Kopfschmerz) und sind nicht behandlungsbedürftig. Die Injektion wird von einem Arzt durchgeführt, hier haben Sie nochmal Gelegenheit, offene Fragen zu klären. Die Aufnahme der Bilder erfolgt dann jeweils nach 4h und 24h, insbesondere die Aufnahme nach 24h ist sehr wichtig und sollte nicht ausgelassen werden. Sie erhalten hierfür einen Termin am Folgetag. Die Aufnahme der Bilder dauert jeweils ca. 30-60 min. Eine erneute Injektion nach 24h findet nicht statt. Am Untersuchungstag geht von Ihnen eine geringe radioaktive Strahlung aus, so dass Sie hier Kontakt zu Schwangeren und kleinen Kindern vermeiden sollten. Die Strahlenbelastung durch die Untersuchung beträgt ca. 4-5 mSv. Nach der Untersuchung kann es vorkommen (in 10-20%) dass Ihr Immunsystem MAB-Antikörper gegen den Tracer bildet, so dass eine erneute Durchführung nur im Ausnahmefall nach sorgfältiger Abwägung erfolgen sollte. Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Möglicherweise werden im Anschluss an die Szintigraphie noch ergänzende Röntgen- oder CT-Bilder angefertigt.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe: _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung erhalten:

Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, was wann: _____

Haben Sie schon einmal eine Granulozyten-Szintigraphie erhalten:

Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, wann: _____

Haben Sie schon vor kurzem eine CT, MRT oder Röntgenuntersuchung erhalten:

Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, wann und wo: _____

Besteht bei ihnen eine Allergie? Wenn ja, gegen welche Substanzen:

Ja ◯ Nein ◯

_____

Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?

Ja ◯ Nein ◯

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

(bitte wenden)

Einwilligung in die Untersuchung:

Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden. Die Bedenkzeit war ausreichend. Meine Fragen diesbezüglich wurden geklärt und ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Die untenstehenden Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin bzw. gesetzl. Vertreter: _____

Unterschrift Arzt: _____

Kopie der Aufklärungsunterlagen/Fragebogen:

Dem Patienten steht es zu, Abschriften von Unterlagen zu erhalten, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung unterzeichnet hat. Dies betrifft zunächst nur die Aufklärungsunterlagen, es geht nicht um eine Kopie des Befundberichtes.

◯ Ich wünsche eine Kopie *dieses Fragebogens* (nicht der Befundbericht!)

◯ Ich wünsche keine Kopie *dieses Fragebogens*

Datenschutzhinweis

Bei Ihrer Untersuchung werden im Rahmen der Untersuchung vertrauliche Daten erhoben und gespeichert. Wir halten uns streng an die gesetzlichen Regelungen, insbesondere an das Bundesdatenschutzgesetz und die Datenschutzgrundverordnung. Grundsätzlich übermitteln wir nur dann Daten an Dritte, wenn ein Gesetz dieses erlaubt oder vorschreibt, oder wenn Sie mit dieser Übermittlung einverstanden sind. Ihr behandelnder Arzt hat Sie in unsere Praxis überwiesen, um eine bestimmte Untersuchung durchführen zu lassen. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir daher davon aus, dass Sie zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse, Bilddaten und den Arztbrief ihrem behandelnden Arzt (postalisch, per Fax, digital) übermitteln. Falls für Ihre Weiterbehandlung medizinisch notwendig, werden wir die Daten ggf. auch an weiterbehandelnde andere Ärzte und/oder Krankenhäuser übermitteln oder Daten und Befunde von entsprechenden Voruntersuchungen zum Vergleich anfordern. Sollte Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies explizit auf diesem Bogen zu vermerken. Der Übermittlung können Sie jederzeit, auch später, widersprechen.

Ablehnung der Untersuchung:

Die Untersuchung wurde nach ausführlicher Aufklärung **abgelehnt.** Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde ausführlich informiert.

_____
Ort, Datum, Uhrzeit

_____ _____
Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter Unterschrift Arzt