

Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Offenburg	Patientenaufklärung MIBG- Szintigraphie	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

bei Ihnen soll heute eine MIBG-Szintigraphie durchgeführt werden. Dabei werden selektiv Zellen sichtbar gemacht, die sich von Nervenzellen des vegetativen Nervensystems ableiten, so z.B. Tumorzellen bestimmter Tumore (Phäochromozytom, Paragangliom), andererseits kann auch die vegetative Innervation des Herzmuskels dargestellt werden, z.B. bei der erweiterten Diagnostik beim neurodegenerativen Parkinson-Syndrom.

Zur Darstellung dieser Zellen verwenden wir einen radioaktiv markierten Tracer, das MIBG. Dieses hat chemische Ähnlichkeit mit Adrenalin, wird aber in so geringer Menge verabreicht, dass kaum Nebenwirkungen auftreten. Selten kann es zu Kreislaufreaktionen und Unwohlsein nach der Injektion kommen, weswegen wir Ihren Blutdruck überwachen und Sie nach der Injektion noch etwas nachbeobachten. Allergische Reaktionen oder sonstige Nebenwirkungen sind extrem selten.

Wir machen Aufnahmen des Körpers nach 4h und 24h, diese nehmen jeweils ca. 30 min. in Anspruch (beim Parkinson-Syndrom werden nur Aufnahmen nach 4h angefertigt). Die Aufnahmen erfolgen in bequemer Lage im Liegen unter einer sog. Gamma-Kamera.

Am Untersuchungstag geht von Ihnen noch eine geringe Strahlenbelastung aus, so dass wir sicherheitshalber dazu raten, Abstand von Schwangeren und kleinen Kindern zu halten (1-2m). Der Tracer wird vom Körper wieder abgebaut, wobei eine eingeschränkte Nierenfunktion keine Probleme bereitet.

Da der Tracer mit einigen Medikamenten vermindert wirksam ist, tragen Sie bitte Ihre Medikamente zur Überprüfung in die angehängte Liste ein.

RTO NUK Patientenaufklärung MIBG- Szintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21
		1/3

Geltungsbereich:	Formular	RADIOLOGIE TEAM  Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Offenburg	Patientenaufklärung MIBG- Szintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Hatten Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung?

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

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

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Notizen/Medikamente:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

RTO NUK Patientenaufklärung MIBG- Szintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21 2/3

Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Offenburg	Patientenaufklärung MIBG- Szintigraphie	

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

RTO NUK Patientenaufklärung MIBG- Szintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21
		3/3