


Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	<b>Patientenaufklärung Meckelszintigraphie</b>	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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


Bei Ihnen wird heute eine sog. Meckel-Szintigraphie durchgeführt. Dies dient zum Nachweis bzw. Ausschluss eines sog. Meckel-Divertikels, einer Erkrankung, bei der sich Magenschleimhautgewebe außerhalb des Magens, meist im Dünndarm bildet und dort Beschwerden verursacht. Mit der Szintigraphie kann dies sehr sensitiv nachgewiesen werden.

Wir spritzen einen sog. Tracer ( $^{99m}\text{Tc}$ -Pertechnetat), eine gering radioaktiv markierte Substanz in eine Vene und können die Verteilung mittels einer sog. Gamma-Kamera beobachten. Dazu werden Sie in liegender Position untersucht, während die Kamera nahe an den Bauchraum herangefahren wird, um dort Bilder aufzuzeichnen. Die Dauer der Untersuchung beträgt ca. 60 min.

Der Tracer selbst hat keine bekannten Nebenwirkungen und wird in sehr geringer Menge verabreicht. Es bestehen keine Wechselwirkungen mit Medikamenten. Das Risiko einer allergischen Reaktion ist extrem gering.

Durch die Radioaktive Markierung ergibt sich eine sehr geringe Strahlenexposition (2-3 mSv), die Strahlung selbst ist nur kurz wirksam und hat sich bis zum Folgetag nahezu vollständig abgebaut. Sicherheitshalber sollten Sie am Untersuchungstag aber Abstand zu Schwangeren und kleinen Kindern halten (1-2 m).

RTO NUK Patientenaufklärung Meckelszintigraphie.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	<b>RADIOLOGIE TEAM</b>  Radiologie und Nuklearmedizin <b>ORTENAU</b>
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	<b>Patientenaufklärung Meckelszintigraphie</b>	

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung erhalten:

Ja       Nein

Wenn ja, was wann: \_\_\_\_\_

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

Ja       Nein

\_\_\_\_\_

Könnten Sie schwanger sein?

Ja       Nein

Stillen Sie?

Ja       Nein

Notizen:

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: \_\_\_\_\_

*(bitte wenden)*

RTO NUK Patientenaufklärung Meckelszintigraphie.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	 <small>Radiologie und Nuklearmedizin</small> ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	<b>Patientenaufklärung Meckelszintigraphie</b>	

**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 Meckelszintigraphie.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