

Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung Myokardszintigraphie	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Bei Ihnen wird heute eine Myokardszintigraphie durchgeführt. Dies ist ein nicht invasives Verfahren, um festzustellen ob eine (ggf. behandlungsbedürftige) belastungsabhängige Ischämie, d.h. Minderdurchblutung des Herzmuskels vorliegt.

Hierbei wird das Herz schonend belastet, in der Regel medikamentös (selten auch am Fahrrad-Ergometer). Für die medikamentöse Belastung wird über eine Vene ein ultrakurzwirksames Medikament verabreicht, welches zu einer sog. Vasodilatation, also einer Erweiterung der Gefäße im Körper, führt. Während der Belastung wird dann eine gering radioaktiv markierte Substanz (sog. Tracer) intravenös verabreicht, der sich durchblutungsabhängig im Herzmuskel anreichert. Diese Anreicherung können wir später mittels einer sog. Gamma-Kamera in einem 3-dimensionales Bild der Herzdurchblutung sichtbar machen. Zur besseren Vergleichbarkeit wird später noch eine ähnliche Untersuchung unter Ruhebedingungen angeschlossen.

Die medikamentöse Belastung ist schonend und wirkt nur sehr kurz, die Dauer beträgt 4-6 min. Dennoch werden Sie Effekte der Belastung spüren, dazu gehören v.a. ein subjektives Gefühl von Kurzatmigkeit (Dyspnoe), Wärmegefühl (Flush), schnellerer Herzschlag (Tachykardie) und ggf. leichtes ein Druckgefühl im Brust- oder Kopfbereich. All diese Wirkungen sind normalerweise gut auszuhalten und klingen sehr schnell nach Ende der Belastung wieder ab. Weitere (unerwünschte) Wirkungen können Herzrhythmusstörungen sein, Beklemmung der Brust (Angina pectoris) und ein vorübergehender Abfall des Blutdrucks. Schwere, behandlungsbedürftige Nebenwirkungen (z.B. Myokardinfarkt, Tachyarrhythmie) sind äußerst selten und treten in der Regel nur bei schwer vorgeschädigtem Herzmuskel auf. Während der Belastung ist ständig ein Arzt anwesend und wird Sie überwachen (EKG, Blutdruck, ggf. Sauerstoffsättigung). Ferner besteht die Möglichkeit, mit einem Gegenmittel die Wirkung der Belastungsmedikamente umgehend zu beenden.

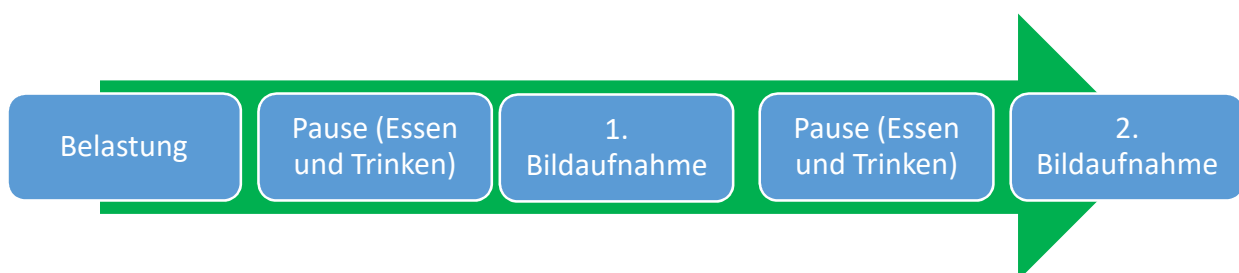
RTO NUK Patientenaufklärung Myokardszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21

Geltungsbereich:	Formular	RADIOLOGIE TEAM  Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung Myokardszintigraphie	

Der Tracer selbst hat in der Regel keine Nebenwirkungen. Die radioaktive Markierung mit ^{99m}Techne- tium (Halbwertszeit 6h) ist nur kurz wirksam und klingt innerhalb eines Tages nahezu vollständig ab. Sicherheitshalber sollten Sie am Untersuchungstag aber Abstand zu Schwangeren und Kleinkindern halten. Die Strahlenbelastung durch die Untersuchung ist mit den modernen Verfahren gering, sie beläuft sich im Durchschnitt auf 6-8 mSv.

Die Untersuchung gliedert sich in mehrere Teile. Nach der medikamentösen Belastung wird eine Ruhephase von ca. 30 min. eingehalten, in dieser Zeit sollten Sie etwas essen und trinken. Falls Sie Medikamente abgesetzt oder pausiert haben, können diese jetzt wieder eingenommen werden. Dann werden erste Aufnahmen des Herzmuskels angefertigt. Nach einer erneuten kurzen Pause wird die Ruheuntersuchung angeschlossen. Hier wird nochmals eine geringe Menge des Tracers intravenös verabreicht, diesmal ohne Belastung, und nach einiger Zeit werden wieder Aufnahmen angefertigt. Auch hier ist eine kleine Nahrungsaufnahme empfehlenswert. Insgesamt ist mit einem Zeitaufwand von ca. 3-4 h zu rechnen. Danach ist die Untersuchung abgeschlossen.

Ablaufschema Myokardszintigraphie:



RTO NUK Patientenaufklärung Myokardszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21 2/5

Geltungsbereich:	Formular	RADIOLOGIE TEAM  Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung Myokardszintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Für eine sichere Durchführung und zur optimalen Beurteilung der Untersuchung möchten wir Sie bitten, noch einige Fragen zu beantworten:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Haben Sie in den letzten 12h Koffein-haltige Getränke oder Speisen (Tee, Kaffee) zu sich genommen?

Ja Nein

Haben Sie schon einmal eine Myokardszintigraphie erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Hatten Sie schon einmal einen Eingriff am Herzen (z.B. Bypass, Stent) erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, was wann: _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

Ja Nein

Haben Sie eine Herzklappenerkrankung?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Ist eine chronische Bronchitis oder Asthma bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, nehmen Sie dafür Medikamente ein? Welche: _____

RTO NUK Patientenaufklärung Myokardszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21 3/5

Geltungsbereich:	Formular	RADIOLOGIE TEAM  Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung Myokardszintigraphie	

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall?

Ja Nein

Sind Herzrhythmusstörungen bei Ihnen bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Besteht bei ihnen eine Allergie?

Ja Nein

Wenn ja, wogegen : _____


Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?

Ja Nein

Notizen:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

RTO NUK Patientenaufklärung Myokardszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21 4/5

Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung Myokardszintigraphie	

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 Myokardszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21
		5/5