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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen soll heute eine Nierenszintigraphie durchgeführt werden. Dies ist ein schonendes Verfahren zur Beurteilung der seitengetrennten Nierenfunktion, zur Beurteilung der Abflussverhältnisse der Niere, aber auch von Form, Größe und Lage der Niere.

Verwendet wird ein sog. Tracer, eine gering radioaktiv markierte Substanz (^{99m}Tc-MAG3). Diese Substanz wird von den Nierenzellen aufgenommen und in den Urin ausgeschieden. Sie ist sehr gut verträglich, Nebenwirkungen sind extrem selten und dann nur sehr schwach ausgeprägt (Schwindel, Wärmegefühl, Kopfschmerz). Allergische Reaktionen sind ebenfalls extrem selten. Die Radioaktivität hat nur eine kurze Halbwertszeit (6h), bis zum Folgetag ist nahezu die gesamte verabreichte Aktivität ausgeschieden bzw. zerfallen. Sie können dies beschleunigen, indem sie am Untersuchungstag viel trinken. Aufgrund der (geringen) Strahlenbelastung sollten Sie am Untersuchungstag sicherheitshalber Abstand von Schwangeren und kleinen Kindern halten (1-2m). Die Strahlenexposition ist minimal (< 1 mSv).

Für die Untersuchung müssen Sie unter eine sog. Gamma-Kamera ca. 30 min. ruhig liegen. Der Tracer wird über eine Venenverweilkanüle am Arm intravenös gespritzt. Nach ca. 15 min. wird zusätzlich zur Verbesserung der Beurteilbarkeit der Untersuchung ein harntreibendes Medikament (Furosemid) verabreicht. Hierdurch kann es am Untersuchungstag zu etwas vermehrtem Harndrang kommen.

Nach 30 min. sollten Sie noch einmal auf die Toilette gehen und die Harnblase entleeren. Danach wird erneut eine kurze Aufnahme angefertigt (ca. 5 min.). Danach ist die Untersuchung beendet.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie vor kurzem Röntgenkontrastmittel erhalten?

Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, was, wann: _____

Sind Sie schon einmal an der Niere operiert worden?

Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, wann: _____

Sind Erkrankungen der Niere bekannt?

Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, was: _____

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

Ja ◯ Nein ◯

_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:

Ja ◯ Nein ◯

_____

Könnten Sie schwanger sein?

Ja ◯ Nein ◯

Stillen Sie?

Ja ◯ Nein ◯

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

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