


Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung SLN- Szintigraphie	

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


Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll heute eine sog. „Wächterlymphknoten-Szintigraphie“ oder „SLN-Szintigraphie“ durchgeführt werden. Diese Untersuchung dient der Vorbereitung der geplanten Operation am Folgetag. Ziel ist die Darstellung des sog. Wächterlymphknotens, damit dieser intraoperativ auffindbar ist und gezielt entnommen werden kann. Die Untersuchung ist nicht geeignet, eine Aussage darüber zu treffen, ob der Lymphknoten von Tumorzellen befallen ist, oder nicht.

Für die Untersuchung wird eine sehr geringe Menge (ca. 0,2 ml) radioaktiv markierter Eiweißstoffe von einem Facharzt direkt in die Haut gespritzt (sog. Quaddel), die rasch über die Lymphbahn abtransportiert wird. Dies kann kurzfristig leicht schmerzhaft sein und/oder brennen, was aber rasch nachlässt. Die applizierten Eiweißverbindungen sind sehr gut verträglich, es handelt sich dabei um Humanalbumin, also ein Blutprodukt. Aufgrund der sehr hohen Qualitätsstandards in der Verarbeitung menschlicher Blutprodukte ist das Risiko einer Infektionsübertragung extrem gering. Allergische Reaktionen auf die Substanz sind ebenfalls extrem selten. Sonstige Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Die radioaktive Markierung ist nur kurz wirksam und nach 24h nahezu vollständig abgeklungen. Die Strahlenbelastung ist sehr gering (ca. 1 mSv). Aufgrund der geringen Menge an Radioaktivität stellt auch eine Schwangerschaft keine absolute Kontraindikation dar, sollten Sie aber schwanger sein, informieren Sie uns bitte zeitgerecht. Unsere Fachärzte beraten Sie hierzu gerne. Es bestehen keine Wechselwirkungen mit Medikamenten, Sie können Ihre Medikation also problemlos einnehmen.

Ca. 30 min. nach der Injektion werden Bilder unter einer sog. Gamma-Kamera angefertigt, und der Wächterlymphknoten auf der Haut (mit abwaschbarer Farbe) markiert. Sie erhalten einen Bildausdruck, den Sie bitte zu Ihren OP-Termin mitnehmen. Damit ist die Untersuchung abgeschlossen.

RTO NUK Patientenaufklärung SLN.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21 1/3

Geltungsbereich:	Formular	RADIOLOGIE TEAM  Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung SLN- Szintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, was wann: _____

Sind Sie schon einmal an der Brust operiert worden?

Ja Nein

Wenn ja, 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: _____

RTO NUK Patientenaufklärung SLN.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21 2/3

Geltungsbereich:	Formular	 RADIOLOGIE TEAM Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung SLN- 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 SLN.doc	Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024	Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21 3/3