

|                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| Geltungsbereich:                     | Formular   |  |
| Radiologie Team Ortenau<br>Offenburg | <b>Patientenaufklärung SSTR-<br/>Szintigraphie</b> |  |

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen soll heute eine sog. Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie zur Tumordiagnostik durchgeführt werden. Bestimmte Tumore (z.B. Karzinoid, GEP-Tumore, medulläres Schilddrüsenkarzinom, Meningeome) tragen auf ihrer Oberfläche sog. Rezeptoren für Somatostatin und können durch unsere Untersuchung sehr sensitiv nachgewiesen werden.

Als Tracer kommt sog. <sup>99m</sup>Tc-Tektrotyd zum Einsatz, eine gering radioaktiv markierte Substanz. Diese wird intravenös als einmalige Injektion verabreicht. Nebenwirkungen sind sehr selten und meist nur sehr milde ausgeprägt (leicht Kopfschmerzen, leichte Bauchschmerzen). Allergische Reaktionen sind extrem selten. Durch die radioaktive Markierung kommt es zu einer geringen Strahlenexposition, diese beträgt im Mittel 3,5 mSv. Wir empfehlen sicherheitshalber am Untersuchungstag Abstand zu Schwangeren und kleinen Kindern zu halten (1-2m). Der Tracer wird im Körper wieder abgebaut und ausgeschieden, Einschränkungen der Nierenfunktion oder Schilddrüsenüberfunktion stellen kein Problem dar. Sollten Sie mit Octreotid / Sandostatin® behandelt werden, muss dies für die Untersuchung 24h abgesetzt werden. Sonstige Medikamente sind unproblematisch und können wie gewohnt eingenommen werden. Am Untersuchungstag sollten Sie nüchtern sein.

Wir fertigen Aufnahmen des Körpers nach 4 und 24 h an, diese können je nach Fragestellung 30-60 min in Anspruch nehmen. Sie werden bequem im Liegen unter einer sog. Gamma-Kamera untersucht.

Sollten Sie Voraufnahmen (CT oder MRT) haben, bitten wir Sie, uns diese vergleichsweise zur Verfügung zu stellen.

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

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| Geltungsbereich:                     | Formular   | <b>RADIOLOGIE TEAM</b><br><br>Radiologie und Nuklearmedizin <b>ORTENAU</b> |
| Radiologie Team Ortenau<br>Offenburg | <b>Patientenaufklärung SSTR-<br/>Szintigraphie</b> |   |

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

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

Haben Sie schon einmal eine Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie erhalten?

Ja       Nein

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

Werden Sie mit Ocretotid (Sandostatin®) aktuell behandelt?

Ja       Nein

Wenn ja, wann zuletzt: \_\_\_\_\_

Sind Sie Diabetiker?

Ja       Nein

Sind Sie heute nüchtern?

Ja       Nein

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

Ja       Nein

\_\_\_\_\_

Könnten Sie schwanger sein?

Ja       Nein

Stillen Sie?

Ja       Nein

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

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

|                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| Geltungsbereich:                     | Formular   | <br>RADIOLOGIE TEAM<br>Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU |
| Radiologie Team Ortenau<br>Offenburg | <b>Patientenaufklärung SSTR-<br/>Szintigraphie</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 SSTR-<br>Szintigraphie.doc  |  | Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21 |
| Versionsnummer: 1.2<br>geplante Revision am: 01.01.2024 |  | Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21  |
|   |  | 3/3                               |