



Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.002	<b>RADIOLOGIE TEAM</b>  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	<b>Patientenaufklärung  Dopamintransporter-SPECT</b>	

Sehr geehrte\*r Patient\*in,

Bei Ihnen soll heute eine Dopamin-Transporter-SPECT (sog. DAT-Scan®) durchgeführt werden. Diese Untersuchung hat zum Ziel, die Integrität der sog. dopaminergen Neurone im Hirnstamm zu beurteilen, die bei neurodegenerativen Erkrankungen wie z.B. M. Parkinson geschädigt sind. Die Untersuchung ist sehr spezifisch auf diese Nervenzellen ausgelegt und erlaubt keine sonstige Beurteilung anderer Hirnstrukturen. Die verwendete Substanz (sog. Tracer) ist sehr gering radioaktiv markiert, mit einem Jod-Isotop (<sup>123</sup>Jod). Sie werden daher zu Beginn der Untersuchung einmalig spezielle Tropfen (Perchlorat) erhalten, die die Aufnahme des <sup>123</sup>Jod in Ihre Schilddrüse unterbinden, um so das Organ zu schützen. In extrem seltenen Fällen können diese Tropfen das Blutbild schädigen und so zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionserkrankungen führen. Danach wird der Tracer in eine Arm-Vene gespritzt. Dies kann kurz ein leichtes Brennen verursachen, das aber rasch wieder verschwindet. Nebenwirkungen des Tracers sind nicht bekannt und allergische Reaktionen extrem selten. Sie sind durch den Tracer nicht eingeschränkt, können normal essen und trinken und auch Ihre Verkehrstüchtigkeit ist nicht eingeschränkt. In Schwangerschaft oder Stillzeit sollte die Untersuchung aber nicht angewandt werden. Aufgrund der Strahlenexposition sollten Sie am Untersuchungstag engen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern nach Möglichkeit vermeiden. Die Strahlenbelastung durch die Untersuchung ist sehr gering und beläuft sich auf ca. 4 mSv. 3 Stunden nach der Injektion beginnt die Bildaufnahme unter der Gamma-Kamera. Hierfür müssen sie über 30 min ruhig liegen. Danach ist die Untersuchung beendet. Da die Diagnose neurodegenerativer Erkrankungen komplex und vielschichtig ist, leistet diese Untersuchung nur einen Beitrag von vielen, um das Erkrankungsbild aufzuarbeiten. Keinesfalls ist es möglich, anhand dieser Untersuchung allein die Diagnose z.B. von M. Parkinson zu stellen oder auszuschließen. Außerdem bedarf es für die sorgfältige computer-gestützte Auswertung der Bilddaten zahlreicher weiterer Arbeitsschritte, welche z.T. mehrere Stunden in Anspruch nehmen. Daher wird die Befundbesprechung und die Bewertung des Untersuchungsergebnisses nicht im Anschluss an die Untersuchung möglich sein, sondern mit allen weiteren Untersuchungsergebnissen vom zuweisenden Arzt (in aller Regel Ihr Neurologe) vorgenommen. Wir bitten hierfür um Verständnis.

2.1.2.002 NUK Patientenaufklärung Dopamintransporter-SPECT.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 <a href="#">Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023</a>
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21  1/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.002	<b>RADIOLOGIE TEAM</b>  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	<b>Patientenaufklärung  Dopamintransporter-SPECT</b>	

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

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

Haben Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung am Hirn erhalten:

Ja     Nein     weiß nicht

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

Haben Sie schon einmal eine MRT oder CT des Gehirns erhalten:

Ja     Nein     weiß nicht

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

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall oder eine Hirnblutung:

Ja     Nein

Haben Sie eine Operation am Gehirn gehabt:

Ja     Nein

Besteht bei ihnen eine Allergie?

Ja     Nein

Wenn ja, wogegen:

\_\_\_\_\_

Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?

Ja     Nein


Neben Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja     Nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

2.1.2.002 NUK Patientenaufklärung Dopamintransporter-SPECT.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 <a href="#">Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023</a>
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21 <span style="float: right;">2/4</span>

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.002	<b>RADIOLOGIE TEAM</b>  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	<b>Patientenaufklärung  Dopamintransporter-SPECT</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*

2.1.2.002 NUK Patientenaufklärung Dopamintransporter-SPECT.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 <a href="#">Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023</a>
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21  3/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.002	
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	<b>Patientenaufklärung</b> <b>Dopamintransporter-SPECT</b>	

**Datenschutzinformation:**

Sehr geehrte\*r Patient\*in

im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis ist es zwingend erforderlich, personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben und zu verarbeiten. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns dabei sehr wichtig. Gemäß Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie daher über die Verarbeitung Ihrer Daten informieren und um Ihre Einwilligung bitten.

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

**Das Radiologie Team**  
**Klosterstraße 17/1**  
**77933 Lahr/Schwarzwald**  
**Tel: 0781 92560**  
**datenschutz@das-radiologie-team.de**

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zum Zweck der Durchführung radiologischer Untersuchungen sowie zur Erstellung von Befunden und Berichten. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, da die Verarbeitung zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Grundsätzlich werden Ihre Daten nur an Dritte übermittelt, wenn ein Gesetz dies erlaubt bzw. vorschreibt, oder Sie mit dieser Übermittlung einverstanden sind. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir davon aus, dass Sie zur Sicherung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse, Bilddaten und den Arztbrief ihrem behandelnden Arzt (per Post, Fax oder digital) übermitteln. Wenn es für Ihre Behandlung notwendig ist, können wir Ihre Daten an andere Ärzte oder Krankenhäuser weitergeben oder Voruntersuchungen anfordern, um sie zu vergleichen. Sollten Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies explizit uns gegenüber zur Kenntnis zu bringen (schriftlich oder mündlich). Ihre Einwilligung können Sie jederzeit, auch später, widerrufen.

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz haben, kontaktieren Sie bitte unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@das-radiologie-team.de](mailto:datenschutz@das-radiologie-team.de)

**Mit freundlichen Grüßen**  
**Das Radiologie Team**

**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

2.1.2.002 NUK Patientenaufklärung Dopamintransporter-SPECT.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 <a href="#">Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023</a>
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21