

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.004	
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Granulozytenszintigraphie	

Sehr geehrte*r Patient*in,

bei Ihnen soll eine sog. Granulozyten-Szintigraphie durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um ein hochsensitives Verfahren zum Nachweis entzündlicher Veränderungen insbesondere bei implantierten Gelenk-Prothesen (Knie, Hüfte), aber auch von Gefäßen. Zu diesem Zweck wird ein gering radioaktiv markierter Antikörper (sog. Tracer) intravenös verabreicht, welcher sich an Entzündungszellen (sog. Granulozyten) spezifisch anreichert.

Dieser Antikörper stellt ein Fremdeiweiß für den Körper dar, hier besteht ein (sehr geringes) Risiko einer allergischen Reaktion. Vor der Untersuchung wird daher eine geringe Menge Blut entnommen und Ihr Blut auf möglicherweise vorhandene Antikörper getestet. Nur wenn dieser Test negativ ist, kann die Granulozyten-Szintigraphie sicher durchgeführt werden.

Danach wird Ihnen die markierte Lösung in eine Vene verabreicht. Sicherheitshalber werden Sie für 30 Minuten in der Praxis nachbeobachtet, um verzögerte allergische Reaktionen auszuschließen. Sonstige Nebenwirkungen sind meist nur sehr gering ausgeprägt (Schwindel, Wärmegefühl, Kopfschmerz) und sind nicht behandlungsbedürftig. Die Injektion wird von einem Arzt durchgeführt, hier haben Sie nochmal Gelegenheit, offene Fragen zu klären. Die Aufnahme der Bilder erfolgt dann jeweils nach 4h und 24h, insbesondere die Aufnahme nach 24h ist sehr wichtig und sollte nicht ausgelassen werden. Sie erhalten hierfür einen Termin am Folgetag. Die Aufnahme der Bilder dauert jeweils ca. 30-60 min. Eine erneute Injektion nach 24h findet nicht statt. Am Untersuchungstag geht von Ihnen eine geringe radioaktive Strahlung aus, so dass Sie hier Kontakt zu Schwangeren und kleinen Kindern vermeiden sollten. Die Strahlenbelastung durch die Untersuchung beträgt ca. 4-5 mSv. Nach der Untersuchung kann es vorkommen (in 10-20%) dass Ihr Immunsystem Antikörper gegen den Tracer bildet, so dass eine erneute Durchführung nur im Ausnahmefall nach sorgfältiger Abwägung erfolgen sollte. Möglicherweise werden im Anschluss an die Szintigraphie noch ergänzende Röntgen- oder CT-Bilder angefertigt. Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

2.1.2.004 NUK Patientenaufklärung Granulozytenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl 07.11.2023
Versionsnummer: 2.1 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.004	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Granulozytenszintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe: _____ cm

Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung erhalten:

Ja Nein

Wenn ja, was wann: _____

Haben Sie schon einmal eine Granulozyten-Szintigraphie erhalten:

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Haben Sie schon vor kurzem eine CT, MRT oder Röntgenuntersuchung erhalten:

Ja Nein

Wenn ja, wann und wo: _____

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

Ja Nein

Könnten Sie schwanger?

Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

2.1.2.004 NUK Patientenaufklärung Granulozytenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl 07.11.2023
Versionsnummer: 2.1 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt. Dr. T. Spehl, 14.05.21 2/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.004	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Granulozytenszintigraphie	

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*

2.1.2.004 NUK Patientenaufklärung Granulozytenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl 07.11.2023
Versionsnummer: 2.1 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt. Dr. T. Spehl, 14.05.21 3/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.004	
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Granulozytenszintigraphie	

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

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

2.1.2.004 NUK Patientenaufklärung Granulozytenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl 07.11.2023
Versionsnummer: 2.1 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21