


Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.006	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 Meckelszintigraphie	

Sehr geehrte*r Patient*in,


Bei Ihnen wird heute eine sog. Meckel-Szintigraphie durchgeführt. Dies dient zum Nachweis bzw. Ausschluss eines sog. Meckel-Divertikels, einer Erkrankung, bei der sich Magenschleimhautgewebe außerhalb des Magens, meist im Dünndarm bildet und dort Beschwerden verursacht. Mit der Szintigraphie kann dies sehr sensitiv nachgewiesen werden.

Hierzu verabreicht man über eine Vene einen sog. Tracer (^{99m}Tc -Pertechnetat), eine gering radioaktiv markierte Substanz. Die Verteilung im Körper wird mittels einer sog. Gamma-Kamera beobachtet. Dazu werden Sie in liegender Position untersucht, während die Kamera nahe an den Bauchraum herangefahren wird, um dort Bilder aufzuzeichnen. Die Dauer der Untersuchung beträgt ca. 60 min.

Der Tracer selbst hat keine bekannten Nebenwirkungen und wird in sehr geringer Menge verabreicht. Es bestehen keine Wechselwirkungen mit Medikamenten. Das Risiko einer allergischen Reaktion ist extrem gering.

Durch die Radioaktive Markierung ergibt sich eine sehr geringe Strahlenexposition (2-3 mSv), die Strahlung selbst ist nur kurz wirksam und hat sich bis zum Folgetag nahezu vollständig abgebaut. Sicherheitshalber sollten Sie am Untersuchungstag aber Abstand zu Schwangeren und kleinen Kindern halten (1-2 m).

RTO 2.1.2.006 NUK Patientenaufklärung Meckelszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21 1/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.006	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 Meckelszintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung erhalten:

Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, was wann: _____

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 2.1.2.006 NUK Patientenaufklärung Meckelszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21 2/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.006	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 Meckelszintigraphie	

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*

RTO 2.1.2.006 NUK Patientenaufklärung Meckelszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21 3/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr: 2.1.2.006	
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Meckelszintigraphie	

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

RTO 2.1.2.006 NUK Patientenaufklärung Meckelszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21