


Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.011	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 Nierenzintigraphie MAG3	

Sehr geehrte*r Patient*in,


Bei Ihnen soll heute eine dynamische Nierenzintigraphie durchgeführt werden. Dies ist ein schonendes Verfahren zur Beurteilung der seitengetrenten Nierenfunktion, zur Beurteilung der Abflussverhältnisse der Nieren, aber auch von Form, Größe und Lage der Niere.

Verwendet wird ein sog. Tracer, eine gering radioaktiv markierte Substanz (^{99m}Tc-MAG3). Diese Substanz wird von den Nierenzellen selektiv aufgenommen und umgehend wieder in den Urin ausgeschieden. Sie ist sehr gut verträglich, Nebenwirkungen sind extrem selten und dann nur sehr schwach ausgeprägt (Schwindel, Wärmegefühl, Kopfschmerz). Allergische Reaktionen sind ebenfalls extrem selten. Die Radioaktivität hat nur eine kurze Halbwertszeit (6h), bis zum Folgetag ist nahezu die gesamte verabreichte Aktivität ausgeschieden bzw. zerfallen. Sie können dies beschleunigen, indem sie am Untersuchungstag viel trinken. Aufgrund der (geringen) Strahlenbelastung sollten Sie am Untersuchungstag sicherheitshalber Abstand von Schwangeren und kleinen Kindern halten (1-2m). Die Strahlenexposition ist minimal (< 1 mSv).

Für die Untersuchung müssen Sie unter eine sog. Gamma-Kamera ca. 30 min. ruhig liegen. Der Tracer wird über eine Venenverweilkanüle am Arm intravenös gespritzt. Nach ca. 15 min. wird zusätzlich zur Verbesserung der Beurteilbarkeit der Untersuchung ein harntreibendes Medikament (Furosemid) verabreicht. Hierdurch kann es am Untersuchungstag zu etwas vermehrtem Harndrang kommen.

Nach 30 min. sollten Sie noch einmal auf die Toilette gehen und die Harnblase entleeren. Im Anschluss wird erneut eine kurze Aufnahme angefertigt (ca. 5 min.). Danach ist die Untersuchung beendet.

2.1.2.011 NUK Patientenaufklärung Nierenzintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.011	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 Nierenszintigraphie MAG3	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine Szintigraphie der Nieren oder anderer Organe erhalten?

Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, was, wann: _____

Haben Sie vor kurzem Röntgenkontrastmittel erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, was, wann: _____

Sind Sie schon einmal an der Niere operiert worden?

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Sind Erkrankungen der Niere bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, was: _____


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

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:

Ja Nein

2.1.2.011 NUK Patientenaufklärung Nierenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21 2/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.011	 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 Nierenzintigraphie MAG3	

Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

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*

2.1.2.011 NUK Patientenaufklärung Nierenzintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21 3/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.011	 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 Nierenzintigraphie MAG3	

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

2.1.2.011 NUK Patientenaufklärung Nierenzintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21