


Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.016	
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung SLN-Szintigraphie	


Sehr geehrte*r Patient*in,

bei Ihnen soll heute eine sog. „Wächterlymphknoten-Szintigraphie“ oder „SLN-Szintigraphie“ durchgeführt werden. Diese Untersuchung dient der Vorbereitung der geplanten Operation am Folgetag. Ziel ist die Darstellung des sog. Wächterlymphknotens, damit dieser intraoperativ auffindbar ist und gezielt entnommen werden kann. Die Untersuchung ist nicht geeignet, eine Aussage darüber zu treffen, ob der Lymphknoten von Tumorzellen befallen ist, oder nicht.

Für die Untersuchung wird eine sehr geringe Menge (ca. 0,2 ml) radioaktiv markierter Eiweißstoffe von einem Facharzt direkt in die Haut gespritzt (sog. Quaddel). Die markierte Substanz (MAA) wird rasch über die Lymphbahn abtransportiert wird. Dies kann kurzfristig leicht schmerzhaft sein und/oder brennen, was aber rasch nachlässt. Die applizierten Eiweißverbindungen sind sehr gut verträglich, es handelt sich dabei um Humanalbumin, also ein Blutprodukt. Aufgrund der sehr hohen Qualitätsstandards in der Verarbeitung menschlicher Blutprodukte ist das Risiko einer Infektionsübertragung extrem gering. Allergische Reaktionen auf die Substanz sind ebenfalls extrem selten. Sonstige Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Die radioaktive Markierung ist nur kurz wirksam und nach 24h nahezu vollständig abgeklungen. Die Strahlenbelastung ist sehr gering (ca. 1 mSv). Aufgrund der geringen Menge an Radioaktivität stellt auch eine Schwangerschaft keine absolute Kontraindikation dar, sollten Sie aber schwanger sein, informieren Sie uns bitte zeitgerecht. Unsere Fachärzte beraten Sie hierzu gerne. Es bestehen keine Wechselwirkungen mit Medikamenten, Sie können Ihre Medikation also problemlos einnehmen.

Ca. 30 min. nach der Injektion werden Bilder unter einer sog. Gamma-Kamera angefertigt, und der Wächterlymphknoten auf der Haut (mit abwaschbarer Farbe) markiert. Sie erhalten einen Bildausdruck, den Sie bitte zu Ihren OP-Termin mitnehmen. Damit ist die Untersuchung abgeschlossen.

2.1.2.016 NUK Patientenaufklärung SLN.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21
		1/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.016	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung SLN-Szintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung erhalten?

Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, was wann: _____

Sind Sie schon einmal an der Brust operiert worden?

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Besteht bei ihnen eine Allergie?

Ja Nein

Wenn ja, gegen welche Substanzen:

Welche Körperseite soll operiert werden?

Rechts Links Beidseits

Könnten Sie schwanger sein?


Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

2.1.2.016 NUK Patientenaufklärung SLN.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 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.: 2.1.2.016	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung SLN-Szintigraphie	

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*

2.1.2.016 NUK Patientenaufklärung SLN.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 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.: 2.1.2.016	 RADIOLOGIE TEAM Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung SLN-Szintigraphie	

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.

r 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

2.1.2.016 NUK Patientenaufklärung SLN.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 14.05.21