


| | | |
|--|---|---|
| Geltungsbereich: | Dok-Nr.: 2.1.2.017 |  |
| <input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH | Patientenaufklärung SSTR-Szintigraphie | |

Sehr geehrt*r Patient*in,


Bei Ihnen soll heute eine sog. Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie (SSTR) zur Tumordiagnostik durchgeführt werden. Bestimmte Tumore (z.B. Karzinoid, GEP-Tumore, medulläres Schilddrüsenkarzinom, Meningeome) tragen auf ihrer Oberfläche sog. Rezeptoren für Somatostatin und können durch unsere Untersuchung sehr sensitiv nachgewiesen werden.

Als Tracer kommt sog. ^{99m}Tc-Tektrotyd zum Einsatz, eine gering radioaktiv markierte Substanz. Diese wird intravenös als einmalige Injektion verabreicht. Nebenwirkungen sind sehr selten und meist nur sehr milde ausgeprägt (leicht Kopfschmerzen, leichte Bauchschmerzen). Allergische Reaktionen sind extrem selten. Durch die radioaktive Markierung kommt es zu einer geringen Strahlenexposition, diese beträgt im Mittel 3,5 mSv. Wir empfehlen sicherheitshalber am Untersuchungstag Abstand zu Schwangeren und kleinen Kindern zu halten (1-2m). Der Tracer wird im Körper wieder abgebaut und ausgeschieden, Einschränkungen der Nierenfunktion oder Schilddrüsenüberfunktion stellen kein Problem dar. Sollten Sie mit Octreotid / Sandostatin® behandelt werden, muss dies für die Untersuchung 24h abgesetzt werden. Sonstige Medikamente sind unproblematisch und können wir gewohnt eingenommen werden. Am Untersuchungstag sollten Sie nüchtern sein.

Wir fertigen Aufnahmen des Körpers nach 4 und 24 h an, diese können je nach Fragestellung 30-60 min in Anspruch nehmen. Sie werden bequem im Liegen unter einer sog. Gamma-Kamera untersucht.

Sollten Sie Voraufnahmen (CT oder MRT) haben, bitten wir Sie, uns diese vergleichsweise zur Verfügung zu stellen.

| | | |
|--|--|---|
| 2.1.2.017 NUK Patientenaufklärung SSTR-Szintigraphie.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, 13.05.21 |
| | | 1/4 |

| | | |
|--|---|--|
| Geltungsbereich: | Dok-Nr.: 2.1.2.017 | 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 SSTR-Szintigraphie | |

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie oder DOTATATE/DOTATOC-PET/CT erhalten?

Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, was, wann: _____

Werden Sie mit Ocretotid (Sandostatin®) aktuell behandelt?

Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt: _____

Sind Sie Diabetiker?

Ja Nein

Sind Sie heute nüchtern?

Ja Nein

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: _____

| | | |
|--|--|---|
| 2.1.2.017 NUK Patientenaufklärung SSTR-Szintigraphie.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, 13.05.21 2/4 |

| | | |
|--|---|--|
| Geltungsbereich: | Dok-Nr.: 2.1.2.017 | 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 SSTR-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*

| | | |
|---|--|---|
| 2.1.2.017 NUK Patientenaufklärung SSTR-Szintigraphie.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, 13.05.21 3/4 |

| | | |
|--|---|---|
| Geltungsbereich: | Dok-Nr.: 2.1.2.017 |  |
| <input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH | Patientenaufklärung SSTR-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..

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

| | | |
|--|--|---|
| 2.1.2.017 NUK Patientenaufklärung SSTR-Szintigraphie.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, 13.05.21 |