

## Szintigrafie der Basalganglien (DATScan / IBZM-Szintigrafie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurde zu einer Szintigrafie der Basalganglien, eine Struktur im Gehirn mit mehreren Funktionen, überwiesen, um eine Erkrankung abzuklären oder auszuschließen oder um einen Therapieerfolg zu überprüfen. Eine Szintigrafie ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der eine leicht radioaktive Substanz verabreicht wird und deren Verteilung in den Organen anschließend gemessen wird. Bei dieser Szintigrafie wird die Bindung an bestimmten Rezeptoren bzw. ein Transportmechanismus im Gehirn beurteilt. Ihnen wird ein Arzneimittel in eine Vene verabreicht, welches eine geringe Menge eines kurzlebigen radioaktiven Isotops (<sup>123</sup>Jod) enthält. Die Aufzeichnung erfolgt ca. 2 h (IBZM) bzw. 3 h (DATScan) nach der Injektion und wird mit einer Gammakamera durchgeführt.

### Vorbereitung

Sie müssen nicht nüchtern zu uns kommen. Die Speicherung des radioaktiven Jods in der Schilddrüse wird durch die Gabe von 50 Tropfen Irenat verhindert.

Sie müssen jedoch nicht die gesamte Zeit im Wartezimmer verbringen, sondern können sich in Absprache völlig frei bewegen und ggf. auch nach Hause gehen. Vermeiden Sie bitte jedoch in dieser Zeit engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern, gegenüber anderen Personen sind keine Vorsichtsmaßnahmen notwendig.

( ) DATScan-Szintigrafie:

Folgende Medikamente können die Untersuchungsergebnisse beeinträchtigen und sollten in Absprache mit uns bzw. dem überweisenden Arzt vorher abgesetzt werden: Amphetamine (Hyperkinetikum, z.B. Captagon®), Benztropine (Anticholinergikum, z.B. Cogentrol®), Bupropione (Antidepressivum, z.B. Zyban®),

Kokain,

Mazindol (Appetitzügler, z.B. Sanorex®, Mazanor®),

Methylphenidat (Hyperkinetikum, z.B. Ritalin®, Medikinet®),

Norpseudoephedrin (Appetitzügler, z.B. Amorphan Depot, Antiadiposium, MiroprontN)

und Sertalin (Antidepressivum, z.B. Gladem®, Zolof®).

( ) IBZM-Szintigrafie:

Folgende Medikamente können die Untersuchungsergebnisse beeinträchtigen und sollten in Absprache mit uns bzw. dem überweisenden Arzt mindestens 12 Stunden vorher abgesetzt werden:

L-Dopa, dopaminerg wirkende Neuroleptika (Haloperidol, Sulpirid, Raclopid, Chlorpromazin),

Dopaminagonisten (Pergolid, Bromocriptin, Lisurid, Apomorphin, Cabergolin, Pramipexol, Ropinirol) und darüber hinaus Vigabatrin, Kokain, Methylphenidat, Bupropion und Amphetamin, sowie Kalziumkanal-Blocker (Cinnarizin, Manipidin, Verapamil und Flunarizin).

### Untersuchung

Für die Aufnahme werden Sie auf dem Rücken liegen, der Kopf befindet sich in einer speziellen Schale. Die Aufnahmedauer beträgt 40 Minuten.

### Einverständniserklärung zur Datenspeicherung und -weitergabe

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass gemäß § 73 (1b) SGB V, die Praxis Dr. Sojka Informationen bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde und Bilder, ggf. auch mittels EDV, mitbehandelnden Ärzten übermitteln kann.

ja  nein

Welcher Arzt - außer dem Überweiser - soll zusätzlich eine Befundkopie erhalten.

Telefonisch bin ich zu erreichen unter:

privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Coburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Patientin/en bzw. Erziehungsberechtigte/r

Bitte wenden!

Informationen für den Arzt

Wurde bei Ihnen schon ein Szintigrafie durchgeführt?

( ) nein ( ) ja

Wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie eines oder mehrere der genannten Medikamente ein?

( ) nein ( ) ja

Welche(s) \_\_\_\_\_

abgesetzt seit? \_\_\_\_\_

Haben Sie wie beschrieben, die Irenat-Tropfen eingenommen?

( ) nein ( ) ja

Besteht eine Allergie?

( ) nein ( ) ja

Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit?

( ) nein ( ) ja

Körpergewicht: \_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_ cm

Ich wurde über diese Untersuchung aufgeklärt und konnte mich ausreichend lange damit und der damit verbundenen Intervention beschäftigen. Die von mir gemachten Angaben entsprechen meinem aktuellen Kenntnisstand. Ich willige in diese Untersuchung ein.

Coburg  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

Applikation: