

Somatostatinszintigrafie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie stellen sich heute zur Durchführung einer Somatostatinrezeptorszintigrafie vor. Hierzu wird eine radioaktive Substanz in eine Vene gespritzt und nach ca. 1 und 4 Stunden die eigentliche Szintigrafie durchgeführt. Dazu liegen Sie ca. 30 Minuten auf einer Liege, die Kamera bewegt sich über Sie hinweg. Zusätzlich werden SPECT-Aufnahmen angefertigt, wobei sich die Kamera um Sie herum dreht. Dies dauert ca. 30 Minuten. Ziel ist es, die Verteilung der gespritzten Substanz im Körper zu erfassen, welche Rückschlüsse auf Ihre Erkrankung gibt.

Diese Untersuchung ist praktisch nebenwirkungsfrei, es werden keine Allergien ausgelöst und bis auf die Injektion werden Sie keine Schmerzen verspüren. Einzig die radioaktive Substanz kann strahlungsbedingte Nebenwirkungen haben.

Die **Strahlenexposition** ist etwas geringer als bei der Computertomografie des Brustkorbes, sodass die strahlungsbedingten Nebenwirkungen vergleichbar sind.

Vorbereitung:

Für diese Untersuchung müssen Sie nicht nüchtern sein. Ihnen sollten Ihre aktuellen Medikamente bekannt sein. Somatostatinhaltige Medikamente wie z.B. Sandostatin müssen 24 h vor der Untersuchung abgesetzt werden.

Untersuchung:

Auf dem Rücken liegend, wird Ihr Körper durch den Ring der Gammakamera gefahren. Das dauert ca. 30 Minuten. Eventuell werden Zusatzaufnahmen angefertigt, die je nach Technik auch 30 Minuten dauern können. In der Regel werden diese Aufnahmen am Folgetag wiederholt. Zur Verbesserung der Bildqualität und Verringerung der Strahlenexposition erhalten Sie ein Abführmittel.

Sie brauchen sich nicht entkleiden, jedoch müssen Metallgegenstände aus den Hosen- und Hemdtaschen entfernt werden.

Einverständniserklärung zur Datenspeicherung und -weitergabe

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass aus Anlass meiner heutigen Untersuchung

- die Nuklearmedizin Coburg Dr. Sojka für die Untersuchung wichtige Informationen bei weiteren Ärzten/Krankenhäusern einholen und die bei mir erhobenen Befunde und Bilder (ggf. auch mittels EDV) weiteren mitbehandelnden Ärzten übermitteln kann (gemäß § 73 (1b) SGB V).

ja nein

Welcher Arzt – außer der 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 bisher eine Szintigrafie durchgeführt? ja nein

Wann? _____ Wo? _____

Welche? _____

Wurden Sie schon einmal bestrahlt? ja nein

Wann? _____ Wo? _____

Welche Region? _____

Wurden Sie schon operiert? ja nein

Wann? _____ Wo? _____

Welche Region? _____

Haben Sie Beschwerden oder besteht eine Allergie? _____

Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit? ja nein

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

Unterschrift Arzt

Applikation: