

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen soll eine **Myokard-Szintigraphie** durchgeführt werden, bei dieser nuklearmedizinischen Untersuchung spritzen wir Ihnen eine schwach radioaktive Substanz in die Armvene. Die Untersuchung dient der Abklärung von Durchblutungsstörungen des Herzmuskels.

Untersuchungsablauf:

Die Untersuchung erfolgt in der Regel an zwei Tagen.

Am ersten Untersuchungstag erfolgt die **Belastungsaufnahme** mittels einer Belastung zumeist als Fahrradergometrie. Sollte dies nicht möglich sein, wird die Belastung medikamentös eingeleitet. Über einen Zugang wird während der Belastung eine radioaktive Substanz in die Vene injiziert. Nach der Belastung erfolgt etwa eine Stunde später eine Aufnahme des Herzmuskels mit einer Gammakamera.

Nach der Auswertung der Belastungsaufnahme wird entschieden, ob eine zweite Untersuchung, die **Ruheuntersuchung**, erforderlich ist. Diese erfolgt in der Regel an einem der folgenden Tage, nur in Ausnahmefällen werden Belastungs- und Ruheaufnahmen am selben Tag durchgeführt. Bei der Ruheaufnahme wird ohne Fahrradbelastung / medikamentöse Belastung noch einmal die radioaktive Substanz injiziert und nach ca. einer Stunde Aufnahmen vom Herzmuskel angefertigt.

Komplikationen:

Die Myokard-Szintigraphie wird prinzipiell gut vertragen. Allergien auf die radioaktive Substanz sind nicht zu erwarten. Lokale Reaktionen an der Punktionsstelle sind wie bei jeder Blutentnahme oder Injektion möglich, aber selten.

Bitte unbedingt beachten! Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

○ 2 Tage vor der Untersuchung:

- Bitte setzen Sie ihre Betablocker (z.B. Metoprolol, Bisoprolol, Beloc etc.) und Nitropräparate ab!

○ 1 Tag vor der Untersuchung:

- Trinken Sie am Abend keine koffeinhaltigen Getränke (z.B. Kaffee, Tee, Kakao, Cola)
- Essen Sie am Abend vorher keine Schokolade

○ Am Untersuchungstag bringen Sie bitte mit:

- gültigen Überweisungsschein und Ihre Versicherungskarte
- Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen (bitte auch Medikamentenplan mitbringen)
- eine fetthaltige Mahlzeit (Wurst- oder Käsebrot)
- eine Flasche mit kohlenstoffhaltigem Mineralwasser

○ Am Untersuchungstag beachten Sie bitte:

- kommen Sie nüchtern zu uns (**nichts essen und nicht rauchen**)
- Sie dürfen vor der Untersuchung stilles Wasser trinken, **keinen Kaffee oder Tee!**
- ausreichend Zeit einkalkulieren (etwa 4 bis 5 Stunden)
- bequeme Kleidung anziehen, da Sie zur Belastung auf einem Ergometer Fahrrad fahren

Bitte fragen Sie uns, falls Sie etwas nicht verstanden haben oder weitere Informationen möchten, ansonsten bitten wir Sie, den Frage- und Einverständnissbogen auszufüllen.

Bitte wenden →

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Bei Bedarf sind wir Ihnen gerne beim Ausfüllen behilflich.

Name, Vorname:

geboren am:

Größe:

Gewicht:

Welche Beschwerden haben Sie? (z.B. Brustschmerz in Ruhe / unter Belastung, Luftknappheit etc.)

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (bitte Medikamentenplan mitbringen)

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankung?

Asthma

Diabetes

erhöhte Blutfettwerte

Ja

Nein

COPD

Bluthochdruck

sonstige

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?

Ja

Nein

Wenn ja, wann?

Wurde bei Ihnen in den letzten 6 Monaten eine der folgenden Untersuchung durchgeführt?

Belastungs-EKG

Echo

Herzkatheter

Ja

Nein

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Stillen Sie zur Zeit?

Ja

Nein

Unterschrift des Arztes/der Ärztin des Diagnostikum Berlin

Von der Praxis auszufüllen:

Belastungsstufe

Herzfrequenz

RR

Bemerkung

Aufnahme

verabreichte Aktivität: (MBq):

Injektionszeit:

Injektionsort:

Stress

Ruhe

Mein überweisender Arzt / meine überweisende Ärztin soll Untersuchungsergebnisse erhalten.

Einwilligungserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich (ggf. für den Patienten):

- den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden zu haben sowie die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
- über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen und bin vollumfänglich aufgeklärt.
- mit der Applikation der radioaktiven Substanz durch das med. Assistenzpersonal (MTR, MFA) einverstanden zu sein.
- mir meine Entscheidung gründlich überlegt zu haben. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Untersuchung ein.

Doctolib

Hiermit willige ich ein, dass das Diagnostikum Berlin mich bezüglich meines Termins erinnern darf. Mit meiner Einwilligung willige ich in die Datenverarbeitung meiner Mobilfunknummer oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Terminerinnerung ein. Wir weisen Sie daraufhin, dass wir für die Terminerinnerung Doctolib als Dienstleister einsetzen. Die Einwilligung erfolgt auf Basis von Art. 9 Abs. 2 lit. a) i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a) und 7 DSGVO.

Eine Verarbeitung oder Übermittlung meiner personenbezogener Daten erfolgt nicht zu anderen Zwecken.

Ich erteile **keine** Einwilligung bezüglich des Terminerinnerungsservices

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Meine Einwilligungen zur Übermittlung an meine/n überweisende/n Arzt/Ärztin sowie zum Terminerinnerungsservice kann ich jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen. Mit einem Widerruf nach Art. 7 Abs. 3 der DS-GVO wird der Rechtsgrund der Datenverarbeitung aus der Vergangenheit nicht entzogen. Dieser entfaltet seine Wirkung ausschließlich ab Zugang des Widerrufs in die Zukunft.

Ich bin einverstanden, dass mir **KEINE** Kopie des Aufklärungsbogens ausgehändigt wird.

ja

nein

Datum, Unterschrift Patient*In/Bevollmächtigte*r

Name Bevollmächtigte*r

X