MVZ Kaiserslautern
Westpfalz-Klinikum

MVZ-Praxis **MVZ Nuklearmedizin**
Fachliche Leitung **Dr. med. Daniela Leppert**
Fachärztin für Nuklearmedizin
Adresse Hellmut-Hartert-Straße 1
67655 Kaiserslautern
Telefon 0631/ 203 81970
Telefax 0631/ 203 1967
Email nuk@westpfalz-klinikum.de

Untersuchung – Skelett-/Knochenszintigrafie

Name:_____

Geburtsdatum:_____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen ist eine nuklearmedizinische Untersuchung der Knochen geplant (Knochen-szintigrafie). Der Knochenstoffwechsel kann sowohl bei gutartigen Erkrankungen (z.B. Rheuma, Arthrose) als auch bei bösartigen Erkrankungen (z.B. Knochenmetastasen) verändert sein.

Durchführung der Skelett-/Knochenszintigrafie:
Ihnen wird eine schwach radioaktive Substanz (99mTc-DPD) in eine Vene gespritzt, die sich an der Knochenoberfläche anlagert. Nach der Injektion und ggf. ersten Aufnahmen (Dauer circa 30 Minuten) dürfen Sie die Praxis verlassen. Sie bekommen eine Zeit genannt, zu der Sie sich wieder in der Praxis einfinden sollen. Circa 2 bis 4 Stunden nach Verabreichung der Spritze werden erneut Aufnahmen angefertigt, die dann den Knochenstoffwechsel zeigen. Zunächst wird eine Aufnahme vom ganzen Körper gemacht. Anschließend kann eine hochauflösende Schichtaufnahme (SPECT-Untersuchung) durchgeführt werden. Auf diese Weise können alle Knochen und Gelenke des Skelettsystems präzise beurteilt werden.

Ist die Untersuchung schmerzhaft oder gefährlich?
Die Injektion des Mittels kann manchmal etwas unangenehm sein. Nur in sehr seltenen Fällen können allergische Reaktionen gegen die verabreichten Substanzen auftreten. Die Aufnahme der Bilder ist jedoch nicht schmerzhaft. Man muss lediglich während der Untersuchung still liegen, damit die Aufnahmen nicht verwackeln. Wir werden Sie so bequem wie möglich lagern. Bei Bedarf können Sie Schmerzmittel von uns erhalten.

Schwangerschaft und Stillzeit
Falls eine Schwangerschaft bestehen sollte, wird die Untersuchung nur dann durchgeführt, wenn sie unverzichtbar ist und Sie mit der Durchführung einverstanden sind. Da die radioaktiven Stoffe in die Muttermilch übergehen können, sollte eine Stillpause über 24 h eingehalten werden. Es kann vor der Untersuchung ein Milchvorrat angelegt werden.

Kinder
Bei Kindern wird besonders genau geprüft, ob eine nuklearmedizinische Untersuchung erforderlich ist. Wir passen die Menge des verabreichten radioaktiven Mittels an das Körpergewicht der Kinder an. Es werden viel geringere Mengen gegeben als bei Erwachsenen.

Vorbereitung
Sie dürfen vor der Untersuchung essen und trinken und Ihre Medikamente einnehmen.
Bringen Sie aktuelle auswärtige Vorbefunde in Kopie mit.

- Falls aktuell ein CT oder MRT angefertigt wurde, bringen Sie bitte eine CD mit den Bildern mit, damit wir diese in unser System einlesen können.
- Bringen Sie Ihren Medikamentenplan mit.

Bitte tragen Sie bequeme Kleidung, sie dürfen diese für die Untersuchung anbehalten. Legen Sie bitte alle metallischen Gegenstände ab (Gürtel, Schmuck, Uhren, Schlüssel, Geld, Haarspangen etc.)

Nach der Untersuchung
Die Strahlendosis ist so gering, dass Sie keinen gesetzlichen Einschränkungen unterliegen. Die Strahlung baut sich in der Regel innerhalb von 24 h fast vollständig ab. Trinken Sie am Untersuchungstag reichlich Flüssigkeit (mind. 1-2 Liter), damit die radioaktive Substanz rasch ausgeschieden wird.

Fragen (bitte ankreuzen):

Sind Allergien bekannt? □nein
□ja, welche?

_____

Haben Sie aktuell Schmerzen an den Knochen ? □nein
□ja, wo?

_____

Hatten Sie in der Vergangenheit einen Knochenbruch? □nein
□ja, wo/wann?

_____

Hatten Sie eine Operation am Knochen? □nein
□ja, wo/wann?

_____

Ist bei Ihnen Rheuma bekannt? □nein
□ja, wo?

_____

Befinden sich Implantate/Metall im Körper? □nein
□ja, wo?

_____

Besteht/Bestand eine Krebserkrankung? □nein
□ja, wo/wann?

_____

Wurde bereits eine nuklearmedizinische Untersuchung durchgeführt? □nein
□ja, welche Untersuchung?

_____

Sind Sie schwanger oder stillen Sie ? □nein □ja

Möchten Sie eine Kopie von diesem
Aufklärungsbogen ausgehändigt bekommen ? □nein □ja

Anmerkung Ärztin/Arzt:

_____

_____

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum: _____ _____
Unterschrift: Patientin/Patient

_____ _____
Ärztin/Arzt **Sorgeberechtigter z.B.bei Minderjährigen**

Im Falle einer Ablehnung:
Ich bin nicht mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

_____
Unterschrift: Patientin/Patient