



## Untersuchung – Nierenzintigrafie

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bei Ihnen ist eine nuklearmedizinische Untersuchung der Niere geplant (Nierenzintigrafie).  
Mit der Nierenzintigrafie können die Durchblutung der Niere, die Nierenfunktion und das  
Ausscheidungsvermögen der Nieren beurteilt werden. Außerdem kann nach einer  
Nierentransplantation die ordnungsgemäße Funktion der neuen Niere überwacht werden.

### Durchführung der Nierenzintigrafie:

Es wird eine schwach radioaktive Substanz ins Blut gespritzt, die von den Nieren sehr schnell aus  
dem Blut herausgefiltert und in die Harnblase ausgeschieden wird. Unmittelbar nach der Injektion  
der Substanz in eine Armvene werden die Aufnahmen mit der Kamera gestartet. Die Untersuchung  
dauert ungefähr 45 Minuten. Falls sich während der Untersuchung herausstellt, daß der  
Urinabfluss von den Nieren in die Blase verzögert ist, kann ein Medikament gespritzt werden, das  
die Harnbildung fördert. Am Ende der Untersuchung ist bereits ein Großteil der schwach  
radioaktiven Substanz in der Blase. Daher sollten Sie gleich nach der Untersuchung auf die  
Toilette gehen. Der Rest der Substanz wird im Laufe des Tages ausgeschieden.

### Ist die Untersuchung schmerzhaft oder gefährlich?

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

### 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 ca. 24 h eingehalten werden. Es  
kann vor der Untersuchung ein Milchvorrat angelegt werden.

### Kinder

Die Untersuchung wird häufig bei Kindern durchgeführt. Wir passen die Menge des verabreichten  
radioaktiven Mittels an das Körpergewicht der Kinder an. Es werden viel geringere Mengen  
gegeben als bei Erwachsenen. Gerne können Sie die Lieblings-DVD Ihres Kindes mitbringen. Ihr  
Kind kann diese während der Untersuchung anschauen. Wenn Ihr Kind noch Fläschennahrung  
bekommt und Windeln trägt, bringen Sie ein volles Fläschchen und eine Ersatzwindel mit.

### 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.

Ihre Kleidung dürfen Sie 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 nach der Untersuchung reichlich Flüssigkeit, damit die radioaktive Substanz rasch ausgeschieden wird.

#### Fragen (bitte ankreuzen):

Sind Allergien bekannt? ja, welche? nein

---

Besteht/Bestand eine Erkrankung/Fehlbildung der Nieren bzw. Harnorgane ? ja, wo/welche? nein

---

Hatten Sie eine Operation an der Niere, Blase oder den Harnwegen? ja, wo/wann? nein

---

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

---

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

---

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

---

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