



## PET/CT-Untersuchung

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

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

### Indikation (wird vom Personal ausgefüllt):

Nr.1 ED NSCLC	C34.9		Nr. 5 Rez. SCLC	C34.9		Nr. 9 mal.Lymphome, Kinder	C81.9 HL C85.9 NHL	
Nr. 2 Rez. NSCLC	C34.9		Nr. 6 HL	C81.9		Nr. 10 ED NHL	C85.9	
Nr. 3 unklarer pulm. Herd	D38.1 C34.9V		Nr. 7 Neck. Diss. bei HNO-Tu/CUP	C80.9		Nr. 11 PSMA: mCRPC, AR- Suppr., Z.n. CTx	C61	
Nr. 4 ED SCLC	C34.9		Nr. 8 Biopsie nach Tx, Larynx-Ca	C32.9				

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

### 1. Was ist eine PET/CT?

Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) in Kombination mit der Computertomographie (CT) ist ein bildgebendes Verfahren, das Stoffwechselprozesse im Körper sichtbar macht. Die PET nutzt eine schwach radioaktive Substanz (Tracer), die in der Regel über eine Vene verabreicht wird. Die CT liefert anatomische Bilder zur genauen Lokalisation der Stoffwechselaktivität.

### 2. Gründe für die Untersuchung

Eine PET/CT kann eingesetzt werden zur:

- Tumordiagnostik (z. B. Krebsfrüherkennung, Verlaufskontrolle)
- Untersuchung von Entzündungen oder Infektionen
- Diagnostik neurologischer Erkrankungen (z. B. Demenz, Epilepsie)
- Herzuntersuchungen (z. B. Durchblutungsstörungen)

### 3. Ablauf der Untersuchung

- Sie müssen nüchtern erscheinen und dürfen 8 Stunden vor der Untersuchung nichts essen. Die Einnahme der morgendlichen Medikation mit Wasser ist erlaubt.
- Vor der Untersuchung wird eine geringe Menge eines radioaktiven Tracers (z. B. 18F-FDG) über eine Vene gespritzt.
- Nach einer Wartezeit von ca. 60-120 Minuten (je nach Fragestellung) folgt die PET/CT-Aufnahme, die etwa 30 Minuten dauert.
- Während der Untersuchung müssen Sie ruhig liegen.

#### **4. Risiken und Nebenwirkungen**

- Die verabreichte Radioaktivität ist sehr gering und wird innerhalb weniger Stunden über den Urin ausgeschieden.
- In sehr seltenen Fällen kann es zu allergischen Reaktionen kommen.
- Die Strahlenbelastung ist vergleichbar mit anderen bildgebenden Verfahren wie einer CT-Untersuchung.

#### **5. Wichtige Hinweise**

##### Schwangerschaft & 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. Entsprechend kann vor der Untersuchung ein Milchvorrat angelegt werden. Falls Sie schwanger sind oder stillen, informieren Sie bitte das medizinische Personal.

##### Diabetes:

Falls Sie Diabetes haben, teilen Sie dies bitte mit, da dies die Untersuchung beeinflussen kann.

##### Bewegung & Wärme:

Nach der Injektion des Tracers sollten Sie ruhen, da durch muskuläre Aktivität (auch Sprechen oder Kaugummi kauen) die Aufnahmen verfälscht werden können. Auch muskuläre Anspannung durch Frieren kann die Bildqualität negativ beeinflussen. Sie sollten daher eine Decke mitbringen oder nach einer Decke fragen, wenn Sie kälteempfindlich sind.

#### **6. 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.

#### **7. Vorbereitung**

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

---

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

---

Wurde bereits eine CT- oder MRT- Untersuchung durchgeführt? ja, welche Untersuchung? Wann? nein

---

Wurde eine OP, Chemotherapie oder Bestrahlung durchgeführt ? ja, was? Wann? nein

---

Sind Sie schwanger oder stillen Sie ? ja nein

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

Anmerkung Ärztin/Arzt:

---

---

---

---

---

Ich wurde ausführlich über die PET-CT-Untersuchung, deren Zweck, Ablauf, mögliche Risiken und Alternativen aufgeklärt. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe diese verstanden. 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.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift: Patientin/Patient**