

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine **nuklearmedizinische Untersuchung** durchgeführt werden. Diese Untersuchung liefert Informationen über Lokalisation, Ausdehnung und Aktivität einer Erkrankung und man erhält durch sie andere Informationen als durch eine MRT oder CT.

Je nach Fragestellung Ihres überweisenden Arztes wird Ihnen eine geringe Menge einer radioaktiven Substanz in die Vene gespritzt. Bei Untersuchungen des Lymphsystems werden diese unter die Haut gespritzt. Nach einer Wartezeit, in der sich die Substanz in Ihrem Körper verteilt, werden Sie unter eine hochempfindliche Kamera (sog. **Gamma-Kamera**) gesetzt oder gelegt. Diese Kamera ist in der Lage, die geringen Strahlungsmengen, die aus Ihrem Körper gesendet werden, zu registrieren und in lesbare Bilder umzusetzen. Die Aufnahmen sind je nach Organ unterschiedlich lang.

Unterschiedlich nach Art der Untersuchung werden verschiedene Substanzen (sog. Tracer) benutzt, die nur in ganz seltenen Fällen eine Allergie hervorrufen können. Die Anzahl der Nebenwirkungen sind äußerst gering.

Eine Allergie gegen Röntgenkontrastmittel stellt für die nuklearmedizinische Untersuchung kein Problem dar!

Die Strahlenbelastung richtet sich nach der Art der Untersuchung. Sie ist in der Regel geringer als bei einer Röntgenuntersuchung. Sie selbst oder auch Ihre Umgebung werden durch die Strahlen nicht geschädigt. Aufgrund der physikalischen Eigenschaft der Strahlung ist nach kurzer Zeit bereits ein Großteil der anfänglichen Aktivität abgeklungen (physikalische Halbwertszeit: sechs Stunden).

Es bestehen insofern auch keine Bedenken, dass Sie sich in Pausen während der Untersuchungen nicht im Institut aufhalten.

Bei der nuklearmedizinischen Untersuchung handelt es sich nicht um eine Strahlentherapie, sondern lediglich um eine diagnostische Untersuchung!

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden. Ich bin mit der elektronischen Bildarchivierung, medizinischer Datenabfrage und Weitergabe der Daten an andere behandelnde Ärzte einverstanden.

Datum _____

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes/MTD