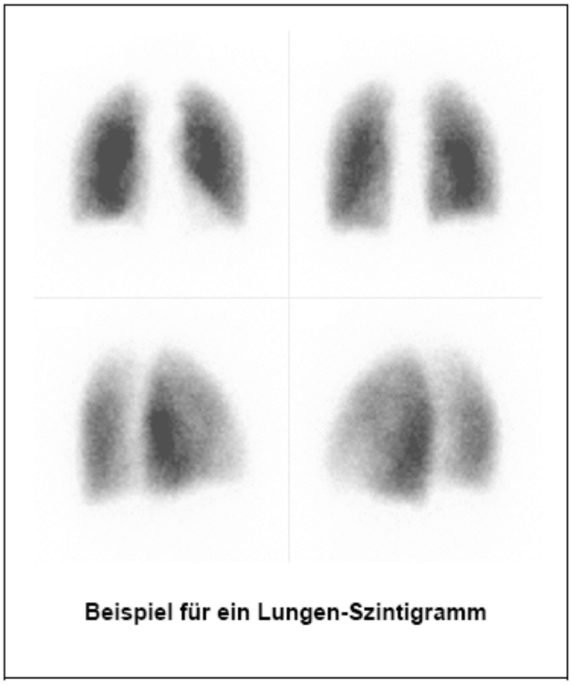
RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

Lungen-Perfusions-Szintigraphie

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen soll eine nuklearmedizinische Untersuchung (eine so genannte „Szintigraphie“) der Lunge durchgeführt werden. Die Lungen-Perfusions-Szintigraphie wird hauptsächlich eingesetzt, um mögliche Verschlüsse der Lungengefäße durch Blutgerinnsel, die häufig aus den Venen der Beine stammen, zu erkennen. Meistens setzt sich die Untersuchung aus zwei Teilen zusammen. Zunächst wird eine Röntgenaufnahme („Rö.-Thorax“) angefertigt. Anschließend wird die Lungen-Durchblutung szintigraphisch dargestellt. Hierzu verwendet man eine schwach radioaktive Eiweiß-Verbindung, die üblicherweise in eine Armvene injiziert wird. Durch diese Eiweiß-Verbindung kann es in seltenen Fällen zu allergischen Reaktionen kommen; falls bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente bekannt sind, informieren Sie uns bitte darüber.



Beispiel für ein Lungen-Szintigramm

An der Einstichstelle kann es gelegentlich einmal zu einem kleinen Bluterguss oder einer Nachblutung kommen, wie bei jeder normalen Blutentnahme auch. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen (z.B. Marcumar®). Andere Komplikationen wie z.B. Infektionen oder Nervenverletzungen sind außerordentlich selten.

Die Untersuchung an sich ist nicht schmerzhaft. Sie müssen auch nicht nüchtern sein.

Für die Aufnahmen verwendet man eine Spezial-Kamera, die Bilder (so genannte „Szintigramme“) der Lunge aus verschiedenen Blickwinkeln anfertigt. Sie liegen in dieser Zeit (ca. 15 - 20 Min.) bequem auf einer besonderen Patientenliege, Sie kommen also **nicht** in eine Röhre. Vor diesen Aufnahmen sollten Sie bitte alle metallischen Gegenstände vom Brustkorb entfernen (z.B. Schmuck,…)

Wie jede Untersuchung mit radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen ist auch die Lungen-Perfusions-Szintigraphie mit einer gewissen Strahlenbelastung verbunden. Diese gibt man als „Effektive Dosis“ mit der Einheit „Milli-Sievert“ (mSv) an. Für die Lungen-Perfusions-Szintigraphie beträgt sie ca. 2 mSv, **unabhängig** von der Anzahl der angefertigten Aufnahmen und der Untersuchungsdauer. Zum Vergleich: die „natürliche Strahlenbelastung“ in Deutschland liegt je nach Aufenthaltsort bei 1 - 5 mSv pro Jahr.

BITTE WENDEN!

RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

Lungen-Perfusions-Szintigraphie

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich die Zeit die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Sie helfen uns damit Ihre Untersuchung besser planen und durchführen zu können. Vielen Dank!

Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes?

_____
_____
_____

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen!

Körpergröße:_____ **Gewicht:**_____

Frauen im gebärfähigen Alter: Ist eine Schwangerschaft bei Ihnen sicher **ausgeschlossen**?

☐ ja ☐ nein (bitte wenden Sie sich an den Arzt)

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ nein ☐ ja, _____
_____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Allergien oder Unverträglichkeiten	☐ nein	☐ ja, _____
Krebserkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Lungen-Erkrankungen (z.B. Asthma)	☐ nein	☐ ja, _____
Nieren-Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Schilddrüsen-Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Stoffwechsel-E. (z.B. Diabetes)	☐ nein	☐ ja, _____
(Blut-)Gerinnungsstörungen	☐ nein	☐ ja, _____

Sonstige:
_____

Sind bei Ihnen schon einmal nuklearmedizinische Untersuchungen/Therapien durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja, _____

Sind bei Ihnen Röntgen, CT- oder Kernspintomographie-Untersuchungen durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja, _____

Ist bei Ihnen schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja, _____

Ich wünsche eine Kopie des Aufklärungsbogens ☐ nein ☐ ja

Erklärung über die Einwilligung
Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Szintigraphie ein. Ich benötige keine zusätzliche Bedenkzeit.

…….. den……

Ort Datum Unterschrift Patient(in) Unterschrift Ärztin/Arzt