



PRAXIS FÜR NUKLEARMEDIZIN

M. Baumann

Fachärztin für Nuklearmedizin

Alle Kassen und Privat

Zur Himmelspforte 1 • 18055 Rostock

Telefon / Fax 0381 - 36 76 858 - 0 / - 9

Homepage www.nuklearmedizin-rostock.de

E-Mail info@nuklearmedizin-rostock.de

Patienteninformation / Einverständnis zur Lungenszintigraphie (Ventilation/Perfusion)

(Untersuchungsdauer ca. 1-2 Stunden)

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Größe(cm): Gewicht(kg): Telefon:

PLZ: Ort: Straße:

Untersuchung / Ablauf: Die Lungenszintigraphie ist ein bildgebendes Verfahren, welches zum einen der Darstellung der Lungenbelüftung (Ventilationsszintigraphie) und zum anderen der Lungendurchblutung (Perfusionsszintigraphie) dient.

Die zweistufige Untersuchung gibt Auskunft darüber, ob das Lungengewebe gleichmäßig belüftet und durchblutet ist. Eine gestörte Durchblutung kann bei erhaltener Belüftung eine Lungenarterienembolie nachweisen (sog. mismatch-Befund).

Seltener werden funktionelle Einteilungen des Lungengewebes vor einer Lungenoperation durchgeführt.

Um die Lungenbelüftung abzubilden, atmen Sie über ein Inhalationsgerät/Mundstück mehrere tiefe Atemzüge bei verschlossener Nase, das radioaktiv-markierte Aerosol (Tc99m-Technegas) reichert sich in den Luftwegen an und anschließend erfolgt eine Aufnahme an der Gammakamera (SPECT) im Liegen. Im nächsten Schritt erfolgt im Liegen in unveränderter Position an der Kamera die Injektion einer radioaktiven Substanz (Tc99m-MAA) über die Armvene, die daraufhin durchgeführten zweiten Aufnahmen (SPECT/low dose CT) zeigen die Durchblutung der Lunge.

Unverträglichkeiten/Nebenwirkungen sind äußerst selten. Die Strahlenexposition ist geringer als bei einer diagnostischen CT-Untersuchung.

Die Befundübermittlung erfolgt zeitnah (i. d. R. am Untersuchungstag) an die überweisenden Ärzte, die die Ergebnisse und das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen.

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine **Schwangerschaft**?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Einwilligung

Ich habe die o.g. Informationen gelesen, bin über Fragestellung und Ablauf der Untersuchung aufgeklärt und mit der Durchführung (einschließlich SPECT/low dose CT) einverstanden.

- ☐ Ich wünsche eine Kopie der Aufklärung.
 - ☐ Kopie erhalten:
- ☐ Ich benötige keine Kopie der Aufklärung.

Die bereitgestellten Datenschutzinformationen habe ich zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten
bzw. des gesetzlichen Vertreters

.....
Unterschrift Arzt