



## 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](http://www.nuklearmedizin-rostock.de)

E-Mail [info@nuklearmedizin-rostock.de](mailto:info@nuklearmedizin-rostock.de)

### Patienteninformation / Einverständnis zur Herz-/Myokardszintigraphie

(Untersuchungsdauer ca. 3-4 Stunden, ggf. an 2 Tagen)

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Größe(cm): ..... Gewicht(kg): ..... Telefon: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Straße: .....

**Untersuchung / Ablauf:** Die Herz- oder Myokardszintigraphie kommt als nicht invasives bildgebendes Verfahren alternativ oder ergänzend zur Stress-Echokardiographie, Kardio-CT, Kardio-MRT oder invasiven Koronarangiographie zum Einsatz, um die Versorgung der Linksherzmuskulatur durch die Herzkranzgefäße zu beurteilen (Ausschluss / Nachweis KHK). Neben der Mikrozirkulation werden Herzbinnenvolumina, Wanddicke, Wandbewegung und die LVEF (Pumpleistung der linken Herzkammer) dargestellt bzw. ermittelt. Nach erfolgtem Herzkatheter lässt sich mittels Myokardszintigraphie die verbesserte Versorgung durch z. B. eingebrachte Stents oder die funktionelle Relevanz von weiteren Gefäßverengungen einschätzen. Im Langzeitverlauf kann bei erneuten Beschwerden ggf. die Durchgängigkeit eingesetzter Stents oder Bypassgefäße beurteilt werden. Auch Narben nach einem Herzinfarkt können in Ihrer Ausdehnung und Relevanz beschrieben werden.

Die Beurteilung der Herzmuskeldurchblutung erfolgt nach Belastung (medikamentös durch gefäßerweiternde Wirkstoffe wie Adenosin/Regadenoson über eine Armvene, ergometrisch auf dem Fahrrad oder als Kombination unter EKG- und Blutdruck-Überwachung), Injektion der radioaktiven Substanz (Tc99m-MIBI) und Aufnahmen des Herzens an der Gammakamera (SPECT/low dose CT) in liegender Position. Nach Befund erfolgt ggf. eine ergänzende Ruhe-Untersuchung am gleichen Tag (Ein-Tages-Protokoll) oder an einem weiteren Tag (Zwei-Tages-Protokoll). Zeigt sich unter Belastung eine Durchblutungsstörung spricht man von einer belastungsbedingten Ischämie – die je nach Ausmaß, das Risiko für einen Herzinfarkt abbilden kann. Moderne SPECT-/CT-Geräte verkürzen die Aufnahme-/Liegezeit für die Patienten und erhöhen gleichzeitig die diagnostische Präzision, durch eine moderne Bilddatenrekonstruktion. Unverträglichkeiten/Nebenwirkungen sind selten. Die Strahlenexposition ist vergleichbar mit radiologischen Untersuchungen. Durch Trinken und häufigeres Wasserlassen können Sie die Ausscheidung der radioaktiven Substanz unterstützen. Die Befundübermittlung erfolgt zeitnah (i. d. R. am Untersuchungstag) an die überweisenden Ärzte, die die Ergebnisse und das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen.

### Vorbereitung / wichtige Informationen für uns:

- Trinken Sie **12 Stunden** vor der Untersuchung **nur Wasser**
- Kommen Sie **nüchtern** zur Untersuchung (Ausnahme Diabetiker, ggf. Rücksprache)
- **24 Stunden** vor der Untersuchung nehmen Sie **keine** koffeinhaltigen Getränke (z.B. Kaffee, Tee, Cola), Lebensmittel (z. B. Schokolade) oder Medikamente zu sich
- **24 Stunden** vor der Untersuchung pausieren Sie **Beta-Blocker** (Endung -lol) und **Calcium-Antagonisten** (Endung -dipin), ggf. fragen Sie den/die Zuweiser/in
- **Mitzubringen** sind Überweisung, Gesundheitskarte, Vorbefunde Kardiologie, aktueller Medikamentenplan, Inhalatoren/Notfallsprays, eine fetthaltige Mahlzeit, Wasser und ein Handtuch.

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