

Aufklärungsbogen Myocard-Szintigrafie mit Rapiscan ©



Patientenetikett

Größe: _____

Gewicht: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Myocard-Szintigrafie mit pharmakologischer Belastung durchgeführt werden.

Bei einer Myokardszintigraphie handelt es sich um ein nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren, zur Überprüfung der Durchblutung des Herzens. Es wird eine radioaktive Substanz intravenös verabreicht. Anschließend erfolgt die Untersuchung an der Gammakamera.

Die Myokardszintigraphie wird an zwei Tagen durchgeführt, an beiden Tagen sollten Sie den Vormittag für die Untersuchung einplanen.

Um optimale Bedingungen in der Belastungsstudie zur Beurteilung des Herzmuskels zu gewährleisten, wird bei der Belastungsstudie ein zusätzliches Belastungsmedikament (Rapiscan) injiziert.

Bitte beachten Sie vor der Untersuchung:

- Am Tag vor der Belastungsuntersuchung keine Beta-Blocker einnehmen.
- 12 Stunden vor und nach der Untersuchung bitte keine koffeinhaltigen Getränke zu sich nehmen.
- An beiden Untersuchungstagen nüchtern kommen (nicht essen, nicht trinken, nicht rauchen und keine Medikamente).
- Nach der Injektion sollten Sie sich an beiden Untersuchungstagen ein wenig bewegen und eine fettreiche Mahlzeit zu sich nehmen.

Bitte meiden Sie nach der Untersuchung den engen körperlichen Kontakt zu Kleinkindern, Säuglingen und Schwangeren.

Sie sind nach der Untersuchung voll verkehrstauglich und arbeitsfähig.

Um den Abbau der radioaktiven Substanz in Ihrem Körper zu beschleunigen, sollten Sie nach der Untersuchung möglichst viel trinken (ca. 2 Liter Mineralwasser oder Tee).

**PRAXIS FÜR RADIOLOGIE, NUKLEARMEDIZIN & STRAHLENTHERAPIE
DR. MAY DUSSELDORF**

KERNSPINTOMOGRAFIE – COMPUTERTOMOGRAFIE - DIGITALES RÖNTGEN – NUKLEARMEDIZIN - SCHILDDRÜSENDIAGNOSTIK
MAMMOGRAFIE – ULTRASCHALL – STRAHLENTHERAPIE – PRÄVENTIV-DIAGNOSTIK

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen sorgfältig, damit ein reibungsloser Ablauf gewährt ist. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Besteht bei Ihnen eine Allergie
(z.B. Medikamente, Kontrastmittel oder Jod)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine Myokardszintigraphie durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Leiden Sie an Asthma? ja nein

Sind bei Ihnen Herzerkrankungen bekannt (z.B. Herzinfarkt, Herzklappenentzündung,
Herzmuskelentzündung)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie am Herz operiert? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Nehmen Sie zur Zeit einen Beta-Blocker ein? ja nein

Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und bin mit der Durchführung der
Myokardszintigraphie einverstanden ja nein

Ich bin mit der Gabe eines intravenösen radioaktiven Arzneimittels einverstanden ja nein

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____