

Radiologie am Schlössle

**Dr. H. Leibersperger-Dr. U. Knust-Dr. Dipl.-Phys. L. Fauser
Dr. M. Deinzer & Kollegen**

Ihr Termin: --> Belastungsstudie: _____

Ruhestudie: _____

Bitte bringen Sie zu diesem Termin ein großes Handtuch mit.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Myokardszintigraphie-Aufklärung

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 Doppelkopfkamera. 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, muss man ggf. ein zusätzliches Belastungsmedikament (Rapiscan) injizieren.

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 kleine Mahlzeit (fettreiche Kost) 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).

Fragebogen (Anamnese)

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

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

[] ja [] nein

Wenn ja, welche? _____

2. Wurde bei Ihnen bereits eine Myokardszintigraphie durchgeführt?

[] ja [] nein

Wenn ja, wann und wo? _____

3. Leiden Sie an Asthma?

[] ja [] nein

4. Sind bei Ihnen Herzerkrankungen bekannt (z.B. Herzinfarkt, Herzklappenentzündung,

Bitte wenden

Herzmuskelentzündung)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Sind Sie am Herz operiert? ja nein

Wenn ja, wann? _____

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

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

Wenn ja, welche? _____

8. 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

Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde, ggf. Bilder an meine behandelnden Ärzte/Kliniken einverstanden ja nein

Pforzheim, den _____

Unterschrift des Patienten _____

Unterschrift Arzt/Ärztin _____

Interne Anweisung

Datum	Injek. Akt.(MBq)	Injektionszeit	Injektionsort	Arzt

Radiologie am Schlössle
Kiehnlestraße 14+15
75172 Pforzheim

Telefon: (07231) 38 66-0 Nuklearmedizin: -13
Telefax: (07231) 38 66-50