

# *Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach*

## **Patienteninformation – Nebenschilddrüsenszintigraphie**

**Name:** ..... **Geb. – Datum:** .....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Untersuchung mit einer radioaktiven Substanz überwiesen. Mit dieser **Nebenschilddrüsenszintigraphie** lassen sich krankhafte Veränderungen häufig besser und früher erkennen als teils mit anderen bildgebenden Verfahren. Im Vergleich zur radiologischen Bildgebung, wo die Struktur der Organe dargestellt wird, liefern nuklearmedizinische Verfahren Aussagen über die Organfunktion und Funktionsabläufe im Körper. Diese Untersuchung wird insbesondere zur Lokalisationsdiagnostik von vermehrt Nebenschilddrüsenhormon produzierendem Gewebe bei erhöhtem Nebenschilddrüsenhormonspiegel im Blut (vor allem primär und tertiärer Hyperparathyreoidismus) eingesetzt. Die Indikationsstellung zur Durchführung der Untersuchung wird von den behandelnden Ärzten gestellt und geprüft.

### **Untersuchungsablauf:**

Zur Durchführung der Untersuchung wird Ihnen eine radioaktiv markierte Substanz mit einer Halbwertszeit von 6 Stunden in die Vene verabreicht. Diese reichert sich in krankhaft veränderten Nebenschilddrüsen vermehrt an und bleibt über die Dauer der Untersuchung konstant. Ca. 10 Minuten nach Verabreichung des radioaktiven Mittels erfolgen zwei Aufnahmen mit der sogenannten Gammakamera, die Dauer beträgt 15 Minuten. Im Anschluss daran wird noch ein CT der Halsweichteile durchgeführt. Weitere Spätaufnahmen an der Gammakamera werden dann nach 2, evtl. nach 4 bis zu 24 Stunden später angefertigt.

### **Häufig gestellte Fragen:**

1. Wie lange dauert die Untersuchung: Ca. 4,5 Stunden, evtl. ist es nötig eine weitere Aufnahme nach 24 Std. anzufertigen.
2. Ist die radioaktive Substanz gefährlich: Nein – Die Strahlung ist nicht höher als bei einer radiologischen Untersuchung. Die verwendeten radioaktiven Arzneimittel haben kurze physikalische Halbwertszeiten, wobei aufgrund der raschen Ausscheidung über die Nieren oder den Darm die Halbwertszeit im Körper deutlich kürzer ist.
3. Es handelt sich um **kein Kontrastmittel!** Daher sind bei vorliegenden Allergien auf diese Substanzen (z.B. Jod, Medikamente,...) keine Überempfindlichkeitsreaktionen zu befürchten. Vorübergehender Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Übelkeit und ähnliche Reaktionen können nicht ganz ausgeschlossen werden. Schwerwiegende Komplikationen (z.B. Atemstörung, Herzkreislaufreaktionen) oder bleibende Schäden sind extrem selten.
4. Während und nach Beendigung der Untersuchung sind Ihrerseits keine besonderen Verhaltensmaßnahmen einzuhalten.
5. Wann bekommt der überweisende Arzt den Bericht: In ca. 2-3 Tagen.

**Hiermit willige ich, unter Verzicht auf die 24-Stunden – Pflicht zur Aufklärung, in die vorgeschlagene Untersuchung ein.**

Korbach, den ..... **Pat. Unterschrift:** .....

# Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

## Patientenfragebogen - Nebenschilddrüsenszintigraphie

Name: ..... Geb. Dat.: .....

Überweisender Arzt: .....

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? o Nein o Ja

Wenn ja, welche? .....

2. Wurde die Schilddrüse bereits operiert? o Nein o Ja

Wenn ja, wann? .....

3. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen bzw. Medikamente bekannt? o Nein o Ja

Wenn ja, welche .....

4. Erfolgten bei Ihnen bereits radiologische Voruntersuchungen? o Nein o Ja

Wenn ja, welche .....

5. Ist Ihnen in den letzten 3 Monaten Kontrastmittel in die Vene gespritzt worden? o Nein o Ja

6. Hatten Sie in der Vergangenheit bereits nuklearmedizinische Untersuchungen o Nein o Ja

Wenn ja, welche .....

7. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt? o Nein o Ja

Wenn ja, wann?..... Wegen welcher Erkrankung? .....

8. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems? o Nein o Ja
- Stoffwechselerkrankungen? o Nein o Ja
- Tumorerkrankungen? o Nein o Ja
- Erkrankungen der Schilddrüse? o Nein o Ja
- Chronisch infektiöse Erkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc,...) o Nein o Ja
- Blutgerinnungsstörungen einschließlich der Einnahme blutverdünnender Medikamente? o Nein o Ja

9. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger? o Nein o Ja o Ungewiss

Stillen Sie gerade? o Nein o Ja

Datum: ..... **Pat. Unterschrift:** .....

---

**Für den Arzt:**

**SD-Szinti:**

1. Aktivität volle Spritze: .....MBq ..... Uhr
2. Aktivität leere Spritze: ..... MBq..... ..Uhr
3. applizierte Aktivität: .....MBq .....Uhr
4. Aufnahmebeginn: ..... Uhr
5. Injektionsstelle: .....
6. Körpergewicht: ..... kg

**Neben-SD-Szinti (MIBI):**

- Aktivität volle Spritze: .....MBq ..... Uhr  
Aktivität leere Spritze: ..... MBq.....Uhr  
applizierte Aktivität: .....MBq .....Uhr  
Aufnahmebeginn: ..... Uhr