

## Patienteninformation - Myokardszintigraphie

### Patientenaufklärung und Einverständniserklärung

Patient :..... Geburtsdatum:.....  
Anschrift :..... Telefon-Nr. :..... Etikett

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

bei Ihnen soll eine Myokardszintigraphie durchgeführt werden. Durch diese Untersuchung kann die Durchblutung des Herzmuskels beurteilt werden. Dadurch lässt sich feststellen, ob bei Ihnen eine behandlungsbedürftige Durchblutungsstörung vorliegt und wie hoch ggf. ein Herzinfarktrisiko für Sie ist. Weiterhin kann beurteilt werden, ob eventuell eine Herzkatheteruntersuchung oder Operation erforderlich ist. Die Untersuchung wird nach Absprache in der Regel an zwei, gelegentlich auch an nur einem Tag durchgeführt.

**Die Gesamtdauer der Untersuchung im Zweitagesprotokoll beträgt jeweils etwa 3 Stunden, im Eintagesprotokoll einmalig ca. 5-6 Stunden**

Wichtig für die Aussage der Myokardszintigraphie ist eine ausreichende Belastung Ihres Herzens. Bei ungenügender körperlicher fahrradergometrischer Belastbarkeit (z. B. mangelndes Training) oder einer beeinträchtigenden Begleiterkrankung (z. B. Gefäß-, Lungen- oder Gelenkerkrankung wie Arthrose) kann die Herzbelastung auch durch Medikamente erreicht werden: Spezielle herzwirksame Medikamente simulieren dann in Ihrem Körper eine Belastung, ohne dass eine tatsächliche körperliche Aktivität erfolgen muss. Komplikationen während der Belastung sind sehr selten (< 1%), bei der medikamentösen Belastung kann es zu Beschwerden kommen. Hierüber werden Sie vom verantwortlichen Arzt in der Praxis aufgeklärt. Diese Beschwerden verschwinden in der Regel jedoch von alleine unmittelbar nach der Belastung. Im Falle stärkerer Beschwerden steht ein Gegenmittel zur Verfügung, das die Beschwerden rasch beseitigt.

Für die Untersuchung wird Ihnen eine kleine Menge eines schwach strahlenden Medikamentes in eine Vene gespritzt. Nach der Injektion erreicht dieses Medikament über das Blutgefäßsystem die Herzmuskelzellen und wird aufgenommen. Je schlechter die Durchblutung des Herzens ist, umso geringer ist die Aufnahme rate und diese krankhaft veränderten Bereiche können dann mithilfe der Aufnahmen durch die Gammakamera erkannt werden.

### Vorbereitung

**An den Untersuchungstagen müssen Sie unbedingt nüchtern sein, insbesondere dürfen Sie vorher keine koffeinhaltige Getränke bzw. Tee trinken und auch keine Schokolade essen. Weiterhin sollten Sie an den Untersuchungstagen in Absprache mit Ihrem Hausarzt keine herz- und blutdruckwirksamen Medikamente einnehmen. Alle anderen Medikamente, insbesondere bei Zuckerkrankheit, können wie üblich eingenommen werden. Bitte bringen Sie die Herz-/Kreislauf-Medikamente mit, da diese nach Ende der Untersuchung ggf. eingenommen werden können. Der untersuchende Arzt teilt Ihnen mit, wann Sie ggf. ein Frühstück einnehmen und etwas trinken dürfen, bzw. Ihre Medikamente einnehmen dürfen. Bitte bringen Sie zu beiden Untersuchungsteilen ein fettiges Frühstück, z. B. Brot/Brötchen mit Ei oder Käse mit. Für eine sichere Beurteilung möchten wir Sie auch bitten den anhängenden Fragebogen (s. u.) auszufüllen.**

### **Untersuchungsablauf**

Für die Untersuchung sind Bildaufnahmen des Herzens sowohl in Ruhe als auch nach einer ausreichenden Belastung mittels Fahrradergometer bzw. nach medikamentöser Stimulation unter Blutdruck- und EKG-Kontrolle erforderlich. Während der Belastung erfolgt die Injektion des schwach strahlenden Untersuchungsmedikamentes in eine Armvene. Die Verteilung dieser Substanz im Herzmuskel wird dann mit einer Gammakamera gemessen. Für die Aufnahmen werden Sie bequem auf einer Untersuchungsliege unter der Gammakamera positioniert. Die Dauer der Aufnahmen, die sowohl nach der Ruhe- als auch nach der Belastungsuntersuchung durchgeführt werden, beträgt jeweils etwa 15 bis 20 Minuten.

Das endgültige Ergebnis/der Befund wird Ihnen in der Regel nicht direkt nach der Untersuchung mitgeteilt werden können, da die Auswertung der Bilddaten aufwändig ist. Der endgültige Befund wird Ihrem behandelnden Arzt mit dem relevanten Bildmaterial zeitnah zugesandt.

### **Risiken**

Die mit dieser Untersuchung verbundenen Risiken sind als sehr gering einzuschätzen. Die radioaktiven Substanzen werden seit vielen Jahren in der Diagnostik eingesetzt und bislang sind keine Unverträglichkeiten oder Nebenwirkungen (allergische Reaktionen, Übelkeit, Erbrechen etc.) beobachtet worden bzw. zu erwarten. Das ruhige Liegen während der Aufnahme mag evtl. etwas schwerfallen.

Bei der injizierten Substanz handelt sich nicht um ein Röntgenkontrastmittel und/oder eine iodhaltige Substanz!

### **Strahlenbelastung**

Die Strahlendosis (ca. 5-7 mSv) der Untersuchung liegt etwa im Bereich der doppelten bis dreifachen jährlichen natürlichen Strahlenbelastung, die ein Mensch im Alltag erhält. Akute und/oder chronische Strahlenschäden sind weder zu erwarten noch je beobachtet worden.

Für Ihre Mitmenschen stellen Sie keinerlei Risiko dar, aufgrund des raschen Zerfalls der radioaktiven Substanz erhalten diese keine relevanten Strahlenbelastung (Ausnahme für Säuglinge und Kleinkinder, hier empfehlen wir, direkten körperlichen Kontakt am Untersuchungstag über mehr als 1 Stunde zu vermeiden).

### **Datenschutz**

Es wird angestrebt, die anfallenden Daten praxisintern zur Qualitätssicherung zu sammeln und auszuwerten. Dies geschieht nur im Rahmen gesetzlicher Vorgaben. Falls eine Veröffentlichung in einem wissenschaftlichen Journal erfolgt, wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat (Anonymisierung). Ihre persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz.

### **Einwilligung**

Ich bin über Art, Bedeutung und Ablauf der Myokardszintigraphie aufgeklärt worden. Ich habe die Patienteninformation und Einwilligungserklärung gelesen und verstanden.

Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens mitnehmen möchten.

Ich möchte eine Kopie erhalten:     ·           Kopie durch Anmeldung ausgehändigt: \_\_\_\_\_

Ich möchte keine Kopie erhalten:     ·

### **Bei Frauen im gebärfähigen Alter:**

**Eine Schwangerschaft kann zum Untersuchungszeitpunkt sicher ausgeschlossen werden.**

**Ja**  **Nein**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes

## Fragebogen zur Myokardszintigraphie

Etikett

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Beurteilung Ihrer Erkrankung so genau wie möglich zu erfassen, möchten wir Sie bitten, die unten aufgeführten Fragen zu beantworten.

### Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bereits bekannt? Ja  Nein .

Haben Sie früher einmal einen Herzinfarkt erlitten? Ja  Nein .

Haben Sie regelmäßig Herzbeschwerden? Ja  Nein .

Wurden spezielle Herzuntersuchungen (Herzkatheter) oder  
Behandlungen (Operation/Ballonerweiterung, Stent) durchgeführt? Ja  Nein   
Falls Ja: Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Gefäßerkrankungen (z. B. der Halsschlagader)  
bekannt? Ja  Nein .

Haben Sie Asthma oder eine chronische Lungenerkrankung? Ja  Nein .

Sind Sie zuckerkrank? Ja  Nein .

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Bei Frauen im gebärfähigen Alter:

**Eine Schwangerschaft kann zum Untersuchungszeitpunkt sicher ausgeschlossen werden.**

Ja  Nein

Ich bin mit der Untersuchung, inklusive fahrradergometrischer und/oder medikamentöser Belastung einverstanden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten