

## Patienten-Information: Szintigraphie der Dopamintransporterdichte (DaTSCAN)

  
Patient  
Geburtsdatum  
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient!

### Ziel der Untersuchung

Bei dieser Hirn-Szintigraphie kann die Funktionsfähigkeit bestimmter Nervenbindungen (sog. Dopamin-Transporter) überprüft werden. Diese Untersuchung kann z.B. bei folgenden Fragestellungen angezeigt sein:

- **Angrenzung Parkinsonsyndrome** (z.B. M. Parkinson, MSA, PSP) **vom essentiellen Tremor**

### Ablauf der Untersuchung

Nach ausführlicher Aufklärung durch den Arzt erhalten Sie zunächst 30 Tropfen Irenat, um die Schilddrüse zu schützen. Dann wird eine Spur einer radioaktiven Substanz injiziert. Die Substanz reichert sich im Laufe von 4 Stunden in zentralen Hirngebieten an. Die Strahlenbelastung ist vergleichbar mit einer Computertomographie. Die verwendeten Substanzen werden sehr gut vertragen, selten können Nebenwirkungen (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, verstärkter Appetit) auftreten, allergische Reaktionen sind nicht bekannt.

Nach etwa 4 Stunden werden Aufnahmen im Liegen durchgeführt. Sie erfolgen mit einem Gerät, das sich ca. 45 Minuten langsam um Ihren Kopf dreht.

### Vorbereitung

- Planen Sie für diese Untersuchung ca. 5-6 Stunden ein.
- Ihre Medikamente nehmen Sie bis zur Untersuchung, wie mit Ihrem behandelnden Arzt vereinbart, ein.  
**Bringen Sie bitte eine Liste dieser Medikamente mit.**
- Falls bereits eine Kernspintomographie (MRT) des Kopfes erfolgte, so bringen Sie bitte die Bilder bzw. Befunde mit.

### Wichtiger Hinweis

Das Radiopharmakon wird Patientenbezogen bestellt und ist **nicht lagerfähig**. Die durch die Bestellung entstandenen Kosten betragen insgesamt 700,00 Euro, die wir, falls Sie zum Untersuchungstermin nicht erscheinen, in Rechnung stellen müssen. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Kosten bei **Nicht-Erscheinen** übernehmen. Die Termineinhaltung ist deshalb **unbedingt erforderlich**.

### Frage

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder stillen Sie?  nein  ja

### Einwilligungserklärungen

- Ich habe die Frage nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Hiermit willige ich in die nuklearmedizinische Untersuchung ein.
- Hiermit willige ich ein, dass der überweisende Arzt Zugriff auf meine Bilder und Befunde erhält. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass den von mir zu einem späteren Zeitpunkt beauftragten Ärzten meine Befunde und Bilder übermittelt werden dürfen.

---

Datum

---

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigten / Sorgberechtigten\*

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.