

Patienten-Information: Lymph-Szintigraphie zur Darstellung der Lymphabflusswege

Patient
Geburtsdatum
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ziel der Untersuchung

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine Darstellung der Lymphabflusswege. Lymphgefäße sind wichtige Leitungsbahnen, um „Wasser“ zwischen den Zellen zurück in die Blutgefäße und weiter zum Herzen zu transportieren. Durch diese Untersuchung wird die Funktion der Lymphabflusswege beurteilt.

Diese Untersuchung ist vor allen Dingen angezeigt, wenn der Verdacht auf eine Lymphabflussstörung in den Füßen bzw. Beinen oder der Arme besteht. Der Nutzen der Lymphszintigraphie ist dadurch gegeben, dass eine Lymphabflussstörung z.B. zu einer Fuß-/ oder Beinschwellung führen kann. Die „direkte“ Darstellung der Lymphgefäße wurde früher durch eine Einspritzung von Kontrastmittel in die Lymphgefäße durchgeführt. Dieses Verfahren wurde in den letzten Jahren verlassen.

Ablauf der Untersuchung

Nach ausführlicher Aufklärung durch den Arzt wird eine Spur einer radioaktiven Substanz in die Zehenzwischenräume am Fuß injiziert. Die Substanz reichert sich innerhalb einer Stunde in den Lymphgefäßen des Fußes, des Beines sowie des Beckens an und wird danach über die Blutgefäßbahnen wieder über die Nieren ausgeschieden. In dieser Untersuchung werden Aufnahmen von den Füßen, Beinen und vom Becken und ggf. von weiteren Körperregionen im Liegen durchgeführt.

Frage

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder stillen Sie? nein ja

Einwilligungserklärungen

Ich habe die Frage nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Mir wurden alle Fragen ausreichend und zufriedenstellend beantwortet. Hiermit willige ich in die nuklearmedizinische Untersuchung ein.

Datenschutzerklärung

Der Radiologie Vechta Ärztepartnerschaft ist der Schutz Ihrer persönlichen Patientendaten sehr wichtig. Wir beachten die geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie das Patientengeheimnis. Für eine Weitergabe Ihrer Daten an die von Ihnen beauftragten, behandelnden Ärzte bitten wir Sie um Ihre Einwilligungserklärung:

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.

Schweigepflichtserklärung (DS-GVO §83)

Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologie Vechta die bei meinem Hausarzt/Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde soweit diese für meine Untersuchungen erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Radiologie Vechta, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarzt/Facharztes zu erhalten.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigten / Sorgeberechtigten*

* 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.