

Patienten-Information: SLN-Szintigraphie zur Darstellung des Wächterlymphknotens

Patient
Geburtsdatum
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ziel der Untersuchung

Bei dieser Szintigraphie handelt es sich um die präoperative Markierung des Wächterlymphknotens (Sentinel Lymph Node), der als erster Lymphknoten im Abflussgebiet eines bösartigen Tumors eine wichtige Funktion für die Beurteilung einer Metastasierung in weitere Lymphknoten besitzt.

Diese Untersuchung ist vor allem bei folgenden Tumoren angezeigt, sofern klinisch und mit anderen bildgebenden Verfahren (Ultraschall, CT, MRT oder PET) eine Lymphknotenmetastasierung unwahrscheinlich ist:

- **Mammakarzinom** (Brustkrebs)
- **Malignes Melanom** (schwarzer Hautkrebs)
- **Vulva Karzinom**

Die Nutzen der SLN-Szintigraphie, die im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Operation des Tumors durchgeführt werden sollte, ist die Reduktion der Anzahl zu entfernender Lymphknoten. Neben einer geringeren Ausdehnung des Operationsgebietes und der notwendigen Operationszeit ist besonders die vollständige und wesentlich genauere histo-logische Aufarbeitung der wenigen entnommenen Lymphknoten von Vorteil.

Ablauf der Untersuchung

Nach ausführlicher Aufklärung durch den Arzt wird eine Spur einer radioaktiven Substanz in das Gewebe um den Tumor injiziert. Die Substanz reichert sich innerhalb einer Stunde im Wächterlymphknoten an und wird danach über die Nieren wieder ausgeschieden. In dieser Stunde werden Aufnahmen im Liegen durchgeführt, die Lokalisation des Lymphknotens wird hinterher auf der Haut markiert.

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.