

## Patienten-Information: Somatostatinrezeptor (Octreotid)-Szintigraphie

  
Patient  
Geburtsdatum  
Datum

### Liebe Patientin, lieber Patient!

#### Ziel der Untersuchung

Mit der Somatostatinrezeptor (Octreotid)-Szintigraphie kann der Besatz an Oberflächenstrukturen (sog. Somatostatin-rezeptoren) auf speziellen Tumoren des Magen-Darm-Traktes (sog. Neuroendokrinen oder gastro-entero-pankreatischen (GEP)-Tumoren) dargestellt werden. Damit können der Primärtumor und Metastasen erkannt und die Möglichkeit einer Therapie mit Octreotid (sog. Sandostatin) oder radioaktiv markiertem Octreotid (Dotatoc) abgeschätzt werden. Diese Untersuchung kann unter anderem bei folgenden Fragestellungen angezeigt sein:

- **Lokalisationsdiagnostik bei GEP-Tumoren** (z.B. Karzinoid, Gastrinom, Insulinom)
- **C-Zellkarzinom** der Schilddrüse, Merzelltumor
- Differentialdiagnose **Meningeom versus Neurinom**

#### Ablauf der Untersuchung

Eine Spur einer radioaktiven Substanz wird in die Vene injiziert. Die Substanz wird über mehrere Stunden langsam an den Somatostatinrezeptoren angereichert und über die Nieren und den Dickdarm wieder ausgeschieden. Während der Untersuchung sollen Sie bitte mindestens 1 Liter Mineralwasser trinken und häufig die Harnblase entleeren. Dadurch wird die Aufnahmequalität verbessert. Mineralwasser ist in der Praxis ausreichend vorhanden. Die Strahlenbelastung ist vergleichbar mit einer Computertomographie. Die verwendete Substanz wird sehr gut vertragen, allergische Reaktionen sind nicht bekannt.

Die Aufnahmen werden im Liegen durchgeführt. Sie erfolgen mit einer großen Kamera, die über Ihren ganzen Körper gleitet. Im abschließenden Gespräch erläutern wir Ihnen den Befund.

#### Vorbereitung

- Das Medikament Sandostatin muss 24 Stunden vor der Untersuchung abgesetzt werden.
- Planen Sie für die Untersuchung insgesamt 3 Tage ein, da Spätaufnahmen 24 und 48 Stunden nach Injektion regelhaft erforderlich sind.
- Das Radiopharmakon wird Patientenbezogen bestellt und ist **nicht lagerfähig**. Deshalb ist die Termineinhaltung **unbedingt erforderlich**.

#### 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.