

Patienten-Information: Speicheldrüsen-Szintigraphie

Patient
Geburtsdatum
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ziel der Untersuchung

Mit einem Speicheldrüsenzintigramm können die Funktion der vier großen Kopfspeicheldrüsen (Ohr- und Unterkieferspeicheldrüsen) untersucht werden. Die Szintigraphie der Speicheldrüsen kann unter anderem bei folgenden Fragestellungen angezeigt sein:

- **Mundtrockenheit**, z.B. bei Verdacht auf Sjögren-Syndrom
- vor **Radiojodtherapie** zum Ausschluss einer Funktionsstörung
- Verdacht auf **Speicheldrüsenstein**

Ablauf der Untersuchung

Eine Spur einer radioaktiven Substanz wird in die Vene gespritzt. Die Substanz wird sofort von den Speicheldrüsen aufgenommen. Nach 10 Minuten geben wir Ihnen etwas Zitronensaft in den Mund, diesen sollen Sie gut im Mund verteilen. Anschließend werden noch weitere Aufnahmen über 10 Minuten angefertigt. Die Strahlenbelastung ist vergleichbar mit einer Röntgenaufnahme der Lunge. Die verwendeten Substanzen werden sehr gut vertragen, allergische Reaktionen sind nicht bekannt.

Die Untersuchung wird im Liegen durchgeführt. Die Aufnahmen erfolgen mit einer Kamera, die über Ihrem Kopf positioniert wird. Die Aufnahmen erfolgen mit der Injektion. Nach der Auswertung der Aufnahmen wird Ihrem zuweisendem Arzt ein Bericht zugeschickt.

Vorbereitung

Planen Sie für die Untersuchung ca. 1 Stunde ein. Informieren Sie sich bitte im Vorfeld über hohe Jodbelastungen (z.B. Kontrastmittel beim Röntgen/CT, Cordarex), die Untersuchung wird ansonsten dadurch behindert.

Bitte bleiben Sie 30 Minuten vor der Untersuchung nüchtern (nichts essen und nichts trinken).

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.

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.