

Patienten-Information: Speiseröhren-(Ösophagus) und Magen-Szintigraphie

Patient
Geburtsdatum
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ziel der Untersuchung

Bei der Speiseröhrenszintigraphie kann die Beweglichkeit der Speiseröhre zum Weitertransport von flüssigen und festern Speisen gemessen und quantitativ erfasst werden. Diese Speiseröhrenszintigraphie kann unter anderem bei folgenden Fragestellungen angezeigt sein:

- **Kollagenose**, z.B. bei Verdacht auf Sklerodermie
- **Zuckererkrankung** (Diabetes mellitus)

Ablauf der Untersuchung

Nach ausführlicher Aufklärung durch den Arzt schlucken Sie eine Spur einer radioaktiven Substanz erst in Wasser gelöst und anschließend in Haferbrei. Mit Beginn des Schluckens werden Aufnahmen über jeweils 10 Minuten angefertigt. Dadurch kann die Transportfähigkeit der Speiseröhre für feste und flüssige Speisen getrennt erfasst werden.

Die Strahlenbelastung ist etwa 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 direkt über Ihrem Kopf und Oberkörper positioniert wird. Im abschließenden Gespräch erläutern wir Ihnen den Befund.

Vorbereitung

Planen Sie für die Untersuchung ca. 1 Stunde ein. **Bitte bleiben Sie 3 Stunden 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.