RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

Skelett-Szintigraphie

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen soll eine nuklearmedizinische Untersuchung der Knochen und/oder der Gelenke durchgeführt werden (eine so genannte „Skelett-Szintigraphie“). Hierbei erfolgt eine Darstellung des Knochenstoffwechsels mittels einer schwach radioaktiven Substanz, die üblicherweise in eine Armvene gespritzt wird. Es handelt sich dabei um eine Phosphat-Verbindung und nicht um ein Kontrastmittel. Nebenwirkungen oder Allergien durch diese Phosphat-Verbindungen sind bisher nicht bekannt.



Beispiel für ein Skelett-Szintigramm

An der Einstichstelle kann es gelegentlich einmal zu einem kleinen Bluterguss oder einer Nachblutung kommen, wie bei jeder normalen Blutentnahme auch. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen (z.B. Marcumar®). Andere Komplikationen wie z.B. Infektionen oder Nervenverletzungen sind außerordentlich selten.

Die Untersuchung an sich ist nicht schmerzhaft. Sie müssen auch nicht nüchtern sein.

Nach Injektion der Phosphat-Verbindung reichert sich diese am Knochen an. Je aktiver der Knochenstoffwechsel ist, desto intensiver ist die Anreicherung. Da dieser Vorgang relativ langsam abläuft, ist nach der Injektion eine Wartezeit von ca. 2-3 Stunden erforderlich, um den Knochenstoffwechsel in Bildern (so genannten „Szintigrammen“) darstellen zu können.

Hierfür verwendet man eine Spezial-Kamera, die innerhalb von 15 - 20 Minuten von Kopf bis Fuß an Ihnen „vorüberfährt“, während Sie bequem auf einer besonderen Patientenliege liegen. Sie kommen also nicht in eine Röhre. Vor diesen Aufnahmen sollten Sie bitte alle metallischen Gegenstände vom Körper entfernen (z.B. Schmuck, Geldbeutel, Gürtel, Schlüssel, usw.)

Je nach Fragestellung kann es nötig sein, zusätzliche Bilder entweder schon unmittelbar nach der Injektion aufzunehmen (so genannte „Mehrphasen-Szintigraphie“) oder weitere Aufnahmen aus einem anderen Blickwinkel zu machen.

Wie jede Untersuchung mit radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen ist auch die Skelett-Szintigraphie mit einer gewissen Strahlenbelastung verbunden. Diese gibt man als „Effektive Dosis“ mit der Einheit „Milli-Sievert“ (mSv) an. Für die Skelett-Szintigraphie beträgt sie ca. 5 mSv, unabhängig von der Anzahl der angefertigten Aufnahmen und der Untersuchungsdauer. Zum Vergleich: die „natürliche Strahlenbelastung“ in Deutschland liegt je nach Aufenthaltsort bei 1 - 5 mSv pro Jahr. Sie können die Strahlenbelastung reduzieren, indem Sie in der Wartezeit ca. 1 Liter Flüssigkeit (z.B. Wasser, Tee) trinken, oft die Harnblase entleeren und so die Ausscheidung über die Nieren beschleunigen.

BITTE WENDEN!

RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

Skelett-Szintigraphie

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich die Zeit die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Sie helfen uns damit Ihre Untersuchung besser planen und durchführen zu können. Vielen Dank!

Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes?

_____
_____
_____

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen!

Körpergröße:_____ **Gewicht:**_____

Frauen im gebärfähigen Alter: Ist eine Schwangerschaft bei Ihnen sicher **ausgeschlossen**?

☐ ja ☐ nein (bitte wenden Sie sich an den Arzt)

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ nein ☐ ja, _____
_____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Allergien oder Unverträglichkeiten	☐ nein	☐ ja, _____
Krebserkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Lungen-Erkrankungen (z.B. Asthma)	☐ nein	☐ ja, _____
Nieren-Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Schilddrüsen-Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, _____
Stoffwechsel-E. (z.B. Diabetes)	☐ nein	☐ ja, _____
(Blut-)Gerinnungsstörungen	☐ nein	☐ ja, _____

Sonstige:

_____

Sind bei Ihnen schon einmal nuklearmedizinische Untersuchungen/Therapien durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja, _____

Sind bei Ihnen Röntgen, CT- oder Kernspintomographie-Untersuchungen durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja, _____

Ist bei Ihnen schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt worden?

☐ nein ☐ ja, _____

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens ☐ nein ☐ ja

Erklärung über die Einwilligung
Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Szintigraphie ein. Ich benötige keine zusätzliche Bedenkzeit.

…….. den……

Ort Datum Unterschrift Patient(in) Unterschrift Ärztin/Arzt