

## Lymphabstromszintigrafie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie stellen sich heute zur Durchführung einer Lymphabstromszintigrafie vor. Die Untersuchung wird entweder zur Abgrenzung eines Wächterlymphknotens im Vorfeld einer Operation oder zur Beurteilung des Lymphabflusses bei einem Lymphödem durchgeführt. Zur Detektion des Wächterlymphknotens wird Ihnen ein radioaktives Mittel in die Haut der zu untersuchenden Region gespritzt. Soll eine Lymphödem untersucht werden, erfolgt die Injektion in die Zwischenräume von Zehen bzw. Fingern. Dies kann unangenehm sein, jedoch klingen die Beschwerden schnell ab, sodass Sie am Ende der Untersuchung keine Schmerzen mehr haben werden.

Diese Untersuchung ist praktisch nebenwirkungsfrei. Es können sehr selten Allergien ausgelöst werden.

Die **Strahlenbelastung** ist minimal.

Ein alternatives bildgebendes Verfahren zur Beurteilung des Lymphabflusses aus den Beinen oder Armen stellt die Lymphografie dar. Auch hier besteht eine Strahlenbelastung.

### **Vorbereitung:**

Für diese Untersuchung müssen Sie nicht nüchtern sein. Es sind keine besonderen Vorbereitungen notwendig.

### **Untersuchung:**

Die Injektion des Radiopharmakons erfolgt in der Regel im Liegen. Im Anschluss werden Aufnahmen mit einer Gammakamera angefertigt. Insgesamt kann die Untersuchung bis zu drei Stunden dauern, wobei Sie zwischenzeitlich aber aufstehen und sich bewegen können. In der Regel sind die Aufnahmen nach 30 min. abgeschlossen. Die zu untersuchende Region muss entkleidet werden, um Hautmarkierungen mit einem Stift setzen zu können. Diese sollten Sie bis zur geplanten Operation nicht entfernen, da sie als Orientierungshilfe zur Lokalisation des Wächterlymphknotens dienen.

## Einverständniserklärung zur Datenspeicherung und -weitergabe

***Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass aus Anlass meiner heutigen Untersuchung***

- die Nuklearmedizin Coburg, Dr. Sojka, für die Untersuchung wichtige Informationen bei weiteren Ärzten/Krankenhäusern einholen und die bei mir erhobenen Befunde und Bilder (ggf. auch mittels EDV) weiteren mitbehandelnden Ärzten übermitteln kann (gemäß § 73 (1b) SGB V).

ja  nein

Telefonisch bin ich zu erreichen unter: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Coburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Patientin/en bzw. Erziehungsberechtigte/r

Informationen für den Arzt

Wurde bisher eine Szintigrafie durchgeführt?  ja  nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal bestrahlt?  ja  nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Welche Körperregion? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon an der Brust operiert?  ja  nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden oder besteht eine Allergie?

---

---

---

---

Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit?  ja  nein

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm

Ich wurde über diese Untersuchung aufgeklärt und konnte mich ausreichend lange damit und der damit verbundenen Intervention beschäftigen. Die von mir gemachten Angaben entsprechen meinem aktuellen Kenntnisstand. Ich willige in diese Untersuchung ein.

Coburg,  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

Applikation: