

Nierenfunktionsszintigrafie / statische Nierenszintigrafie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie stellen sich heute zu einer Untersuchung Ihrer Nierenfunktion vor. Hierzu wird Ihnen ein schwach radioaktives Mittel in eine Vene gespritzt, welches über die Nieren wieder ausgeschieden wird. Dieser Prozess wird von einer speziellen Kamera aufgenommen. Nach einer computergestützten Auswertung können Aussagen über die Nierenfunktion und den Harnabfluss aus den Nieren getroffen werden.

Diese Untersuchung ist praktisch nebenwirkungsfrei, es werden keine Allergien ausgelöst und bis auf die Injektion werden Sie keine Schmerzen verspüren. Einzig die radioaktive Substanz, durch die körpereigene Stoffwechselfvorgänge dargestellt werden, kann strahlungsbedingte Nebenwirkungen haben.

Die **Strahlenexposition** entspricht etwa einer Röntgenaufnahme vom Becken. Ein alternatives bildgebendes Verfahren zur Beurteilung der Nierenfunktion ist nicht bekannt.

Je nach gewünschter Untersuchung müssen entweder vorher Blutdrucksenker genommen bzw. abgesetzt werden oder während der Untersuchung ein harntreibendes Mittel verabreicht werden.

Vorbereitung:

- Sie müssen nicht nüchtern sein. Jedoch sollten Sie unmittelbar vor der Untersuchung ca. 1 l Flüssigkeit (z.B. Wasser, Tee, Limonade) zu sich nehmen.

Untersuchung:

Vor der Untersuchung entleeren Sie bitte Ihre Harnblase. Die Aufnahme erfolgt entweder in liegender oder sitzender Position. Sie sollten sich nicht bewegen, da dies das Ergebnis negativ beeinflusst. Die Aufnahmedauer beträgt maximal 35 Minuten. Kurze Zusatzaufnahmen sind möglich. Deutet sich eine Harnabflussstörung an, wird Ihnen ein harntreibendes Mittel verabreicht.

Nach der Untersuchung trinken Sie bitte reichlich und entleeren häufig die Harnblase. Meiden Sie für den Rest des Tages den Kontakt zu kleinen Kindern und Schwangeren. Ansonsten können Sie den normalen Tätigkeiten nachgehen.

- Soll eine Verengung einer Nierenarterie nachgewiesen werden, wird die Nierenszintigrafie unter Einwirkung eines so genannten ACE-Hemmers durchgeführt. Es ist deshalb wichtig zu wissen, welche Medikamente Sie einnehmen. Dieser ACE-Hemmer kann zu einer Blutdrucksenkung führen, die Sie für den Rest des Tages in Ihren Handlungen einschränken kann. Sie erhalten 1 Stunde vor der Untersuchung eine Tablette Captopril. Sollte eine Überempfindlichkeit gegen dieses Mittel bekannt sein, informieren Sie uns vorher.

Zum Nachweis von Narben oder zur genaueren Funktionsbeurteilung wird ein anderes Radiopharmakon (^{99m}Tc -DMSA) verwendet, welches eine vergleichbare Strahlenexposition verursacht. Auch hier sind sonstige Nebenwirkungen sehr selten. Der Harnabfluss kann aber nicht beurteilt werden.

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

Welcher Arzt - außer dem Überweiser - soll zusätzlich eine Befundkopie erhalten?

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? _____

Wurde Sie schon einmal an den Nieren oder harnableitenden Wegen (Harnleiter, Blase, Nierenbecken) operiert? ja nein

Genauere Angaben: _____

Haben Sie Nieren- oder Harnleitersteine? rechts links ja nein

Nehmen Sie blutdrucksenkende Mittel oder „Wassertabletten“ ein? ja nein

Wenn ja, welche Medikamente? _____

Ist eine Allergie bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Beschwerden? _____

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: