

## Speicheldrüsenszintigrafie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie stellen sich heute zur Durchführung einer Speicheldrüsenszintigrafie vor. Hierzu wird Ihnen eine radioaktive Substanz in eine Vene gespritzt und sofort die Szintigrafie durchgeführt. Sie liegen 40 Minuten unter einer Gammakamera, die die Verteilung und Ausscheidung dieser Substanz in den Speicheldrüsen aufzeichnet. Ziel ist es, eine Speicheldrüsenerkrankung abzuklären.

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** ist mit einer Röntgenaufnahme der Lunge vergleichbar. Ein alternatives bildgebendes Verfahren zur Beurteilung der Speicheldrüsenfunktion gibt es nicht.

### Vorbereitung:

Für diese Untersuchung müssen 1 Stunde nüchtern sein. Bitte Zitronensaft oder eine Zitrone mitbringen!

### Untersuchung:

Zunächst trinken Sie 1-2 Gläser Wasser und werden auf der Patientenliege mit leicht zurückgelegtem Kopf gelagert. Dann wird Ihnen die radioaktive Substanz gespritzt, nach 20 Minuten der Zitronensaft verabreicht und nach 40 Minuten ist die Untersuchung beendet. Für eine optimale Bildgebung ist es wichtig, sich während der Aufnahme nicht zu bewegen und nicht zu sprechen. Sie müssen sich nicht entkleiden, jedoch sollte der Halsschmuck für den Untersuchungstag zu Hause bleiben.

### Einverständniserklärung zur Datenspeicherung und -weitergabe

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass gemäß § 73 (1b) SGB V, die Praxis Dr. Sojka Informationen bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde und Bilder, ggf. auch mittels EDV, mitbehandelnden Ärzten übermitteln kann.

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

[PA\_ID]

Wurde bisher eine Szintigrafie durchgeführt?  ja  nein

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

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

Haben sie in den letzten 6 Monaten Kontrastmittel beim Röntgen oder bei einer CT- oder Kathederuntersuchung erhalten?  ja  nein

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

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

Wurden Sie schon einmal bestrahlt oder ist eine Radiojodtherapie durchgeführt worden?  ja  nein

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

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

Leiden Sie an Mundtrockenheit?  ja  nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein

---

---

---

Haben Sie Beschwerden?

---

---

---

---

---

---

Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit?  ja  nein

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Coburg  
Ort, Datum

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

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

Applikation:
--------------