

**Patientenangaben** bzw. Etikett

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	

Chefarzt: PD Dr. Martin Freesmeyer

Tel.: 03641/ 9-329801

Fax: 03641/ 9-329802

<http://www.nuklearmedizin.uniklinik-jena.de/>
**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Sie wurden zu einer **Lymphabflussszintigraphie** überwiesen, um präoperativ den/die Wächterlymphknoten darzustellen und anzuzeichnen

Die **Lymphabflussszintigraphie** ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der ein lymphgängiges Technetium-99m-markiertes Kolloid subkutan um den Tumor injiziert wird und deren Verlauf in den Lymphbahnen anschließend verfolgt und als Serienaufnahmen aufgezeichnet wird. Es erfolgen maximal 4 Injektionen.

Sobald sich die Anreicherung in dem/den Wächterlymphknoten dargestellt hat, werden dieser/diese auf der Haut in zwei Ebenen markiert.

Die Untersuchungszeit beträgt je nach Anreicherung zwischen **20 und 40 Minuten**.

*Vorbereitung*

Sie müssen **nicht nüchtern** zu uns kommen.

Bitte bringen Sie ihr Krankenblatt mit.

*Untersuchung*

Je nach Lokalisation des Tumors müssen Sie die Kleidungsstücke ablegen

Für die Untersuchung werden Sie bequem gelagert, da Sie anschließend möglichst ruhig **liegen** müssen.

Nach erfolgter Markierung ist die Untersuchung beendet und Sie erhalten von uns einen Kurzbefund.

Für 2 Stunden meiden Sie bitte engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern, gegenüber anderen Personen sind keine Vorsichtsmaßnahmen nötig.

### Informationen für den Arzt

Waren Sie schon einmal zu einer Szintigraphie? ( ) nein ( ) ja  
Wann? \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Wurde schon einmal eine Strahlentherapie/Chemotherapie durchgeführt?  
( ) nein ( ) ja  
Wann? \_\_\_\_\_

Wurden Sie an dem bekannten Tumor operiert? ( ) nein ( ) ja  
Wann? \_\_\_\_\_

Besteht eine Allergie? ( ) nein ( ) ja  
Welche? \_\_\_\_\_

Könnten Sie schwanger sein? ( ) nein ( ) ja  
Stillen Sie? ( ) nein ( ) ja Nehmen Sie die Pille? ( ) nein ( ) ja

### Einwilligungserklärung

Ich hatte genügend Zeit mich mit den Besonderheiten der Untersuchung zu beschäftigen.  
Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet.

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Szintigraphie und die damit verbundenen Interventionen ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung gelesen und verstanden habe. Eine Kopie der Aufklärung habe ich erhalten.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Patient / Bevollmächtigter/  
Betreuer/ Sorgeberechtigter

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Arzt

### Anmerkungen

---

---

---