

# Dr. med. Adda Mau

Fachärztin für Nuklearmedizin  
Steinweg 35 - 32657 Lemgo

Tel. 0 52 61 / 28 78 40  
Fax. 0 52 61 / 28 78 444

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Liebe Patientin, lieber Patient,

um zu prüfen, ob bei Ihnen eine Sauerstoffmangelversorgung des Herzmuskels vorliegt, soll eine Myokardszintigraphie durchgeführt werden.

Die Untersuchung wird ambulant, nach Absprache mit Ihnen möglichst an einem Tag durchgeführt. Planen Sie an diesem Tag, inklusive der vorgegebenen Pausenzeiten ca. 3-4 Stunden ein.

Bei einer ambulanten Durchführung einer Myokardszintigraphie sind einige Punkte zu beachten, auf die wir hinweisen möchten:

## **Merkblatt zur Myokardszintigraphie**

### Zweck der Untersuchung:

Die Myokardszintigraphie dient zur Untersuchung der Durchblutung des Herzmuskels. Diese wird mit einer schwach radioaktiven Substanz durchgeführt, die zu keiner Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens führt.

Die Strahlenbelastung ist nicht höher als bei einer gewöhnlichen Röntgenuntersuchung.

(eine Schwangerschaft muss allerdings ausgeschlossen sein)

### Durchführung der Untersuchung:

Die Untersuchung beinhaltet eine Messung nach Belastung (mittels Fahrrad-Ergometer und/oder einer zusätzlichen Medikamentengabe) sowie einer eventuell notwendigen anschließenden Ruheuntersuchung.

### Voraussetzung für die Untersuchung:

Der vereinbarte Termin sollte genau eingehalten werden, da das Medikament eigens für Sie zum vereinbarten Termin bestellt wird.

**Sollten Sie den vereinbarten Termin zu kurzfristig absagen, haben Sie bitte Verständnis, dass wir Ihnen die Materialkosten für die vorbestellte Substanz in Rechnung stellen müssen.**

**Absagen des Termins erbitten wir spätestens zwei Tage vor der Untersuchung!**

### Organisatorisches:

Bitte bringen Sie folgendes mit:

- Vorbefunde, wie z.B. Ruhe- und Belastungs-EKG oder auch Berichte einer Herzkatheteruntersuchung
- Eine Überweisung/Brief Ihres Arztes mit der genauen Fragestellung und Ihre Krankenversicherungskarte
- Ihren Medikamentenplan (bei Asthma/Diabetes, denken Sie bitte daran evtl. ihr Asthma-Spray oder Insulin mitzubringen)
- Etwas zu Essen und zu trinken (**wichtig – erst nach der Belastungsuntersuchung!** zur Verbesserung der Bildqualität)

Die Auswertung der Myokardszintigraphie ist kompliziert und zeitaufwendig, so dass Sie am Ende der Untersuchung nicht mit einer Mitteilung des Befundes rechnen können.

Das Ergebnis wird Ihrem Hausarzt bzw. Ihrem Kardiologen schriftlich mitgeteilt.

**WICHTIG: Damit Sie richtig vorbereitet sind, wird Ihnen der Ablauf (die Reihenfolge) der Untersuchung durch ihre Arztpraxis oder durch uns mitgeteilt! Falls Ihnen etwas unklar sein sollte, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.**

**bitte wenden >**

## **Belastungsuntersuchung (Teil I)**

(ergometrisch und/oder medikamentös)

### **Ergometrische Belastung:**

Zu der Untersuchung müssen Sie nüchtern erscheinen, an diesem Tag unbedingt auf Tee, Kaffee und koffeinhaltige Getränke verzichten.

(Diabetiker können ein leichtes Frühstück einnehmen, z. B. trockener Toast oder Zwieback)

**Beta-Blocker** müssen bis zu **48 Std.** vor der Untersuchung pausiert werden, **andere herzwirksame Medikamente 24 Stunden** vor der Untersuchung, wobei Sie bitte diesbezüglich mit dem jeweils behandelnden Arzt Rücksprache halten bzw. entsprechend instruiert werden.

**Bitte bringen Sie aber auf jeden Fall die Ihnen verordneten Medikamente zur Untersuchung mit!**

Vor der Belastung wird Ihnen eine flexible Verweilkanüle gelegt.

Es erfolgt, eine im Sitzen auf dem Fahrrad-Ergometer zunächst leichte, dann stufenweise schwerer werdende körperliche Belastung unter ärztlicher Kontrolle (Belastungs-EKG).

### **Medikamentöse (pharmakologische) Belastung:**

Zu der Untersuchung müssen Sie nüchtern erscheinen.

(Diabetiker können ein leichtes Frühstück einnehmen, z. B. trockener Toast oder Zwieback).

**Am Tag der Untersuchung dürfen keine herzwirksamen Medikamente oder Beta-Blocker eingenommen werden!**

**24 Stunden** vor der Untersuchung sollten Sie bitte keinesfalls zu sich nehmen:

- Koffeinhaltige Nahrungsmittel (Kaffee, Cola, Tee, auch Kräuter- oder Früchtetee sind nicht erlaubt)  
Bitte beachten Sie - häufig enthalten auch angeblich koffeinfreie Getränke Koffein!
- KEINE Schokolade oder Banane
- Inhaltsstoffe von Schmerztabletten, auch diese enthalten häufig Spuren von Koffein

**Bitte bringen Sie aber auf jeden Fall die Ihnen verordneten Medikamente zur Untersuchung mit!**

Vor der Belastung wird Ihnen eine flexible Verweilkanüle gelegt.

Es folgt eine im Sitzen durchgeführte Belastung mittels eines Medikamentes unter ärztlicher Kontrolle.

Auf dem Höhepunkt der Belastung, ca. nach 2 Minuten (gilt für beide Verfahren) wird Ihnen eine sehr geringe Menge der radioaktiven Substanz (Tc-99m-MIBI) gespritzt.

Diese Substanz verteilt sich in Ihrem Herzmuskel, entsprechend der Herzdurchblutung.

Danach werden Aufnahmen mit einer Gamma-Kamera im Sitzen durchgeführt – Die Untersuchungszeit beträgt ca. 10 Minuten. (30 Aufnahmen Ihres Herzens in verschiedenen Positionen)

Aufnahmen mit optimaler Bildqualität können erst nach einer Verteilungsphase von ca. 45-60 Minuten nach der Spritze erfolgen.

## **Ruheuntersuchung**

**(Teil II)**

Für diese Aufnahmen wird Ihnen eine Spritze mit einer schwach radioaktiven Substanz in Ruhe (Beurteilung der Ruhedurchblutung Ihres Herzens) verabreicht. Nach ca.45-60 Minuten erfolgen die Aufnahmen an unserer Gamma-Kamera.

Die Untersuchung ist mit einer Strahlenexposition verbunden. Die radioaktiv markierte Substanz verlässt Ihren Körper zum einen durch den radioaktiven Zerfall (Halbwertszeit 6 Stunden), zum anderen durch Ausscheidung über die Nieren. Bitte meiden Sie, wenn möglich, am Tag der Untersuchung längeren engen Kontakt zu Schwangeren und Kleinkindern. Die Untersuchungssubstanz verursacht keine Nebenwirkungen.

**Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_ ja \_\_\_ nein** -bitte ankreuzen-

*Ich habe die Patienteninformation gelesen, verstanden und bin über die Untersuchung umfassend aufgeklärt worden. Ich erkläre mich mit der geplanten Untersuchung einverstanden.*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patien(in)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt