

Bonn, den \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

ANSCHRIFT: \_\_\_\_\_

KRANKENKASSE: \_\_\_\_\_

Betreuender Arzt \_\_\_\_\_

Wunschtermin \_\_\_\_\_

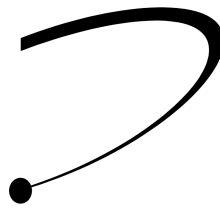
Briefkopie an \_\_\_\_\_

Bitte überprüfen Sie die oben stehenden Angaben und korrigieren Sie diese gegebenenfalls.

**Vom Arzt auszufüllen / Dokumentation für den internen Gebrauch**

Gewünschte Untersuchung	<input type="radio"/> Ganzkörper-PET	<input type="radio"/> Neuro-PET	<input type="radio"/> Herz-PET
Tracer	<input type="radio"/> FDG (Glucose)	<input type="radio"/> FEC (Cholin)	<input type="radio"/> F (Fluorid)
	<input type="radio"/> Ga68 - PSMA	<input type="radio"/> Ga68 - DOTATOC	<input type="radio"/> F18 - PSMA
Indikation / Fragestellung			
Anamnese			
Bemerkung			
Körperteil	<input type="radio"/> Onko-Std.	<input type="radio"/> Kopf	<input type="radio"/> Hals
	<input type="radio"/> Thorax	<input type="radio"/> Abdomen	<input type="radio"/> Untere Extremitäten
Computertomographie	<input type="radio"/> CT nativ	<input type="radio"/> normal dose CT	Bettposition
	<input type="radio"/> CT mit KM	<input type="radio"/> low dose CT	Anzahl   Zeit/Bett min.
Aktueller Blutzuckerwert in mg/dl	Aktueller Kreatininwert in mg/dl	Größe in cm	Gewicht in kg
<input type="radio"/> Bekannte KM-Allergie	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Metformineinnahme	<input type="radio"/> KM peroral
KM iv in ml	Injektionszeitpunkt	Aktivität	
Injektionsort	Injizierte Aktivität		
TSH basal (µU/ml)	Restaktivität		
Aufnahmebeginn	SPO2	Puls	Herstellender/anwendender Arzt/Ärztin
			Befundender Arzt/Ärztin
Material			MTA - Untersuchung

**WICHTIG: BITTE FÜLLEN SIE DIE RÜCKSEITE AUS.**



## Patienten-Informations- und Aufklärungsblatt PET-CT

Sehr geehrte(r) Patient(in) ,

bei Ihnen ist zur weiteren Diagnostik die Durchführung einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET) in Kombination mit einer Computertomographie (PET/CT) geplant. Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) gehört zu den bildgebenden Untersuchungsverfahren. Sie nutzt gering radioaktiv markierte Substanzen, um Stoffwechselfvorgänge und molekulare Prozesse im Körper sichtbar zu machen. Das Präparat wird in Form einer einfachen intravenösen Injektion verabreicht. Eine Messeinheit und ein angeschlossener Computer berechnen Bilder aus der Strahlung, die der Körper wieder abgibt. Wie stark oder wie schwach sich beispielsweise die Substanz in der zu untersuchenden Körperregion anreichert, hängt von deren Stoffwechsel ab: Tumoren und Metastasen haben oft einen anderen Energiestoffwechsel als gesundes Gewebe. Unterschiede lassen sich auf den PET-Bildern gut erkennen. PET/CT-Geräte verbinden die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit der Computertomographie (CT), wie bei unserem 64-Zeilen-PET-CT.

Mit Ihrem Einverständnis soll heute bei Ihnen eine zusätzliche Computertomographie-Untersuchung erfolgen. Dabei werden mittels Röntgenstrahlung, einem Detektorsystem und einem auswertenden Computersystem Schnittbilder von Ihrem Körper erstellt, um zusätzlich Erkrankungen nachweisen oder ausschließen zu können und die PET-Befundung anatomisch zuordnen zu können.

In Abhängigkeit von den Beschwerden und der Fragestellung Ihres überweisenden Arztes ist die Gabe eines sogenannten CT-Kontrastmittels in eine Vene sinnvoll, weil dadurch viele Erkrankungen erst erkennbar werden. Eine jodhaltige Flüssigkeit wird dabei schnell über die Vene in den Körper eingespritzt. Ein Geschmack auf der Zunge, ein plötzliches Wärmegefühl im Körper oder das Gefühl von Harndrang sind dabei normal und schnell vorübergehend. Die Nieren scheiden Kontrastflüssigkeit aus dem Körper aus.

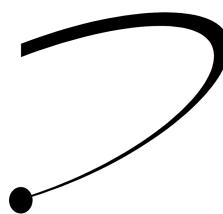
Bei Untersuchungen des Bauchraumes ist das Trinken einer ebenfalls jodhaltigen CT-Kontrastflüssigkeit häufig sinnvoll, um den Darm besser beurteilen zu können. Die Flüssigkeit wirkt abführend. Nach dem Trinken muss eine gewisse Zeit verstreichen, damit die Flüssigkeit den Dickdarm erreicht.

Die von uns verwendeten modernen CT-Kontrastmittel sind sehr gut verträglich und gravierende Nebenwirkungen selten. Wie bei jedem anderen Medikament und Lebensmittel auch kann es aber in Ausnahmefällen auch zu schweren lebensbedrohlichen allergischen Schockreaktionen kommen. Wir sind auf solche Situationen vorbereitet und können im Notfall helfen. Leichte allergische Reaktionen können sich in Juckreiz, Niesreiz und Hautrötungen sowie asthmatische Beschwerden äußern. Bitte machen Sie uns sofort darauf aufmerksam!

Die gesamte PET/CT-Untersuchung selbst wird insgesamt etwa 15 - 25 Minuten in Anspruch nehmen. Nach einer vorläufigen Auswertung der Bilder, wird unser Arzt / unsere Ärztin mit Ihnen im Anschluss noch heute über das Ergebnis sprechen. Diese Auswertung kann unterschiedlich viel Zeit erfordern. Wir bitten deshalb um Ihre Geduld.

Es gibt darüber hinaus bestimmte Bedingungen und Vorerkrankungen, die Unverträglichkeiten begründen. In manchen Fällen müssten wir dann auf die Verwendung von CT-Kontrastmitteln verzichten oder die Dosis reduzieren, um Sie nicht zu gefährden. Bitte beantworten Sie uns deshalb vor der Untersuchung und vor dem eventuellen Trinken der Kontrastflüssigkeit sorgfältig folgende Fragen:

**WICHTIG: BITTE FÜLLEN SIE DIE NÄCHSTE SEITE AUS.**



	JA	NEIN	UNBE- KANNT
Wurde schon einmal ein jodhaltiges Kontrastmittel (= Röntgen-Kontrastmittel) verabreicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist eine Allergie gegen jodhaltiges Kontrastmittel bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?			
Chron. Nierenerkrankung oder eingeschränkte Nierenfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckererkrankung (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Falls ja, welche Medikamente nehmen oder spritzen Sie?</i>			
Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Falls ja:</i> <input type="radio"/> Überfunktion <input type="radio"/> Unterfunktion <input type="radio"/> Schilddrüsenknoten <input type="radio"/> Entzündung (z. B. Hashimoto) <input type="radio"/> Schilddrüse wurde entfernt			
<i>Falls ja, nehmen Sie Medikamente ein? Welche?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Plasmozytom, Multiples Myelom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Falls ja, welche?</i>			
<i>Falls ja:</i> Erfolgten Operationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Falls ja: wann und welche?</i>			
<i>Falls ja:</i> Erfolgten Chemotherapien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Falls ja: wann und welche?</i>			
<i>Falls ja:</i> Erfolgten Bestrahlungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Falls ja: wann und und an welcher Körperregion?</i>			
Für Frauen im gebärfähigem Alter:			
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillen Sie zur Zeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist eine chronische Infektionskrankheit bekannt, z. B. HIV, Hepatitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihr Gewicht [kg]:                      Ihre Größe [cm]:			
<i>Bitte schildern Sie kurz Ihre Beschwerden bzw. den Grund der Untersuchung:</i>			

- Ich habe die Informationen verstanden und habe keine zusätzlichen Fragen.**
- Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.**
- Ich bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.**

Im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch meine Krankenkasse bin ich bereit, die Kosten für die Untersuchung selbst zu übernehmen. Es ist mir bekannt, dass bestimmte Präparate (z.B. F-18 Cholin, jedoch nicht F-18 markierter Zucker) keine kommerzielle Zulassung besitzen und möglicherweise durch die Krankenkasse nicht vergütet werden. Ich bin mit der statistischen Auswertung meiner Daten in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden.

Bonn, den                     

Unterschrift des Patienten/ der Patientin
<b>Vorname und Name des Patienten in Druckbuchstaben:</b>

Unterschrift des Arztes/ der Ärztin
-------------------------------------