

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

die Myokardszintigraphie ist eine zuverlässige Methode Durchblutungsstörungen des Herzens nachzuweisen oder auszuschließen. Die Myokardszintigraphie wird an 2 aufeinanderfolgenden Tagen mit einer Untersuchungsdauer von jeweils 2-3 Stunden (inkl. evtl. Wartezeit) durchgeführt. **Dafür ist eine Vorbereitung nötig.**

Welche Vorbereitungen sind erforderlich?

24 h vor der Untersuchung dürfen kein Kaffee, Tee, Cola, Schokolade, Rotwein etc. oder Schmerzmittel eingenommen werden. Bitte setzen Sie Betablocker, Nitro-Präparate, ISDN, ISMN oder Molsidomin, Calciumantagonisten und Viagra (Sildenafil, Revatio) mindestens 24 Stunden vor der Belastungs-Untersuchung ab. Bitte die letzte Nahrung mindestens 5 Stunden vor der Untersuchung einnehmen. Auch sollten Sie vor der Untersuchung nicht rauchen! Bitte bringen Sie Ihre Medikamentenliste mit. Des Weiteren bringen Sie bitte an beiden Tagen ein möglichst fettreiches Frühstück mit (z.B. ein belegtes Brot/Brötchen).

1. Tag: Belastungs-Teil:

Es erfolgt eine körperliche Belastung auf einem Fahrradergometer (wie Belastungs-EKG). Sollte die Belastung auf einem Fahrrad nicht möglich sein, werden wir alternativ eine Belastung mit einem Medikament durchführen. Vor der Fahrradbelastung wird eine Kanüle in eine Armvene gelegt, durch die bei Belastungsende eine schwach radioaktive Substanz injiziert wird. Die Substanz lagert sich im Herzen an und erlaubt die Messung der Durchblutung bei Belastung. Im Zeitraum zwischen Fahrradbelastung und Kameraaufnahme sollten Sie ein Frühstück zu sich nehmen (dadurch verbessert sich die Bildqualität bei der Kameraaufnahme). Die Messung der Durchblutung erfolgt berührungsfrei mit der Gammakamera. Diese Kameraaufnahme beginnt etwa 30 Minuten nach der Fahrradbelastung. Dabei müssen Sie die Arme über den Kopf halten. Die Aufnahme dauert ca. 15 min.

2. Tag: Ruhe-Teil:

Bitte nehmen Sie an diesem Tag Ihre gesamten Medikamente wie gewohnt ein. Sie erhalten wiederum eine Injektion einer schwach radioaktiven Substanz in eine Armvene – diesmal allerdings in Ruhe. Die Kameraaufnahme erfolgt 30 Minuten später, wie oben beschrieben. Auch danach sollten Sie zwischen Injektion und Kameraaufnahme ein Frühstück zu sich nehmen.

Welche Risiken bestehen?

Das Risiko von schwerwiegenden Nebenwirkungen (Rhythmusstörungen, Herzstillstand, Blutdruckabfall) beträgt 1 : 10 000 bei der Belastung. Die Strahlenbelastung der Untersuchung beträgt max. 8-10 mSv. Nebenwirkungen durch die Spritze wie Überempfindlichkeitsreaktionen, Blutdruckabfall oder allergische Reaktionen sind extrem selten.

Falls Sie die Untersuchung nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie mindestens 2 Tage vorher um telefonische Absage!

Bitte wenden

Nuklearmedizin Westend

Dr. med. R. Jochens • Dr. med. B. Kettner und Kollegen
Spandauer Damm 130 / Haus 14 • 14050 Berlin • Tel. 306994-0 • Fax 306994-22

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: _____

Geb.-Datum: _____ Alter: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ kg

Ausgeübter Beruf: _____

1. Aktuelle Beschwerden (z.B. Brustschmerz in Ruhe/Belastung, Luftknappheit etc.)

2. Zurzeit eingenommene Medikamente (Liste genügt)

3. Risikofaktoren (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Nikotin	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Menge: _____
Blutfette erhöht	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Zuckerkrankheit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Bluthochdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Rheumatoide Arthritis	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	

4. Ist ein Asthma bronchiale bei Ihnen bekannt? ja nein

5. Ist ein abgelaufener Herzinfarkt bei Ihnen bekannt? ja nein

6. Wurde in der letzten Zeit (6 Monate) ein Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?

ja nein wann: _____ welcher Befund: _____

7. Wurde in der letzten Zeit ein Belastungs-EKG bei Ihnen durchgeführt?

ja nein wann: _____ Wattzahl / Stufe: _____

8. Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Ich willige in die Untersuchung ein:

Berlin, den _____ Unterschrift: _____

Ich erkläre, dass der überweisende Arzt einen Befund erhalten soll:

Berlin, den _____ Unterschrift: _____

Bitte wenden

Patientenfragebogen für die Myokardszintigraphie – 8. Version 02/2022