



Erstellt/Geändert:
Me/cp

Erst. Datum
April 2012

Geändert:
10.06.2022

Geprüft:
CL

Datum:
22.02.2019

Freigegeben:
SG/CF

Akt. Datum:
10.06.2022

Ziel und Zweck

- Durchführung eines DAT Scans
- Veränderung im Hirnstoffwechsel feststellen
- Frühdiagnostik neurodegenerativer Parkinson-Syndrome, insbesondere Frühstadium von Morbus Parkinson

Patientenvorbereitung:

- **Vor Terminvereinbarung:** per E-Mail die Aufklärungsunterlagen zuschicken
- **Zum Termin:** Absetzen aller Substanzen 24h vorher:
 - **Psychostimulanzien** (Amphetamine, Drogen jeglicher Art, Methylphenidat, Modafinil, Diethylpropion, Mazindol, Phentermin)
 - **nichttrizyklische Antidepressiva** (Bupropion, Venlafaxin, Fentanyl)
 - **Anästhetika** (Ketamin, Isofluran, Phenyl-Cyclidin-Piperidin)
- **Bitte zur Untersuchung mitbringen:**
 - vorhandene Röntgen-Bilder
 - Röntgenpass
 - Überweisungsschein
 - Information über Zeitplan
- **Am Termin:** 45min vor Untersuchung in der Praxis sein vorher: 30 Irenat-Tropfen zur Blockierung der Schilddrüse.
- Nach ca. 3-6 Stunden nach der Injektion hat sich das Radionuklid optimal angereichert
- Untersuchung von ca. 60 Minuten
- SPECT-Aufnahmen des Kopfes Gammakamera aufgezeichnet

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich mit der beschriebenen Diagnostik (DAT SCAN)

mit dem Radionuklid: ☐ Jod-123-FP-CIT einverstanden.

Sollte ich zu dem vereinbarten Termin aus triftigen Gründen verhindert (Krankheit) sein, verpflichte ich mich mit meiner Unterschrift, den Termin bis Mittwoch vor meinem eigentlichen Termin vorher abzusagen, da ich ansonsten die entstehenden Sachkosten der nicht mehr zu verwendenden Radionuklide zu tragen habe.



Erstellt/Geändert:
Me/cp

Erst. Datum
April 2012

Geändert:
10.06.2022

Geprüft:
CL

Datum:
22.02.2019

Freigegeben:
SG/CF

Akt. Datum:
10.06.2022

Bitte beachten Sie:

Bei unklaren Witterungsverhältnissen (Glatteis, Schnee) bitte am Morgen des Termins Kontakt mit der Praxis unter der Telefon Nr. 0731-176 070 oder 0731-176-0757 aufnehmen, ob die Behandlung lieferungsbedingt stattfinden kann.

Fragen:

.....
.....

Patient:

Name, Vorname, geb.: _____

PLZ, Wohnort, Straße: _____

Telefon / Mobiltelefonnummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Ihr Radiologie Zentrum Neu-Ulm
Meininger Allee 5
89231 Neu-Ulm
Tel.: 0731-176070
Fax.: 0731176-0777
e-mail: praxis@radiologie-nu.de