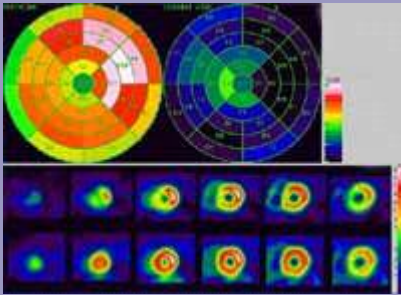




Informationen zur Myokard-SPECT



Myokard-SPECT, was ist das ?

Die Untersuchung dient zum Nachweis durchblutungsgestörter Bereiche des Herzmuskels. Ursache sind meist Verengungen der Herzkranzgefäße.

Es wird eine schwach radioaktive Substanz in die Armvene gespritzt, die sich in gut durchblutetem Herzmuskelgewebe anreichert. Mit einer SPECT-Kamera kann die schwache Strahlung sichtbar gemacht und in Bilder umgesetzt werden. Auf diesen lassen sich die schlecht durchbluteten Herzmuskelanteile durch die verminderte Aktivität erkennen.

Oft wird die Untersuchung mit einem Belastungs-EKG auf dem Fahrrad kombiniert, weil sich viele Durchblutungsstörungen erst unter Belastung bemerkbar machen.

Risiken der Myokard-SPECT

Die Untersuchung ist ein seit vielen Jahren durchgeführtes, gut erprobtes Verfahren. Die bei der Myokard-SPECT gespritzte Substanz ist ungiftig. Sehr selten können an der Injektionsstelle örtliche Gewebeschäden durch ausgetretenes Radiopharmakon entstehen. Die Strahlenbelastung der Untersuchung liegt in der Größenordnung einer Computertomographie oder anderer aufwändigerer Röntgenuntersuchungen. In der Schwangerschaft soll daher keine Myokard-SPECT durchgeführt werden. Am Tag der Untersuchung ist auch der enge Kontakt zu Kindern und Schwangeren zu vermeiden.

Bei dem Belastungs-EKG kann es zu Durchblutungsstörungen des Herzens bis zum Herzinfarkt und zu lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen kommen. Das Belastungs-EKG wird daher von einem Internisten durchgeführt und überwacht, der in der Beherrschung solcher Zwischenfälle besonders qualifiziert ist.



Ist bei Ihnen bereits eine Herzerkrankung bekannt ?

Ja, und zwar _____ Nein

Wurde bei Ihnen schon ein Belastungs-EKG durchgeführt?

Ja, und zwar am _____ bei _____ bis _____ Watt Nein

Wurden bei Ihnen bereits eine Herzkatheteruntersuchung oder Herzoperation durchgeführt ?

Ja, und zwar am _____ bei _____
 Ergebnis: _____ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?

Ja (Name, Dosis) _____
 _____ Nein
 (Bitte unterstreichen Sie die Medikamente, die Sie heute eingenommen haben)

Haben Sie Durchblutungsstörungen der Beine oder Hirngefäße ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Zuckerkrankheit ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Bluthochdruck ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie erhöhte Blutfettwerte ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es Herzkrankheiten bei Verwandten ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schnarchen Sie ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Atemwegserkrankungen ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Entzündung oder rheumatische Erkrankung ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es ein Gebrechen mit Einschränkung des Fahrradfahrens ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei Frauen: Könnte eine Schwangerschaft vorliegen ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ihre jetzigen Beschwerden:

	In Ruhe	Unter Belastung	Nein
Herzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arm-, Rücken-, Oberbauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enge in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsknick, Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige	<input type="checkbox"/> _____		

Letzte Röntgen- bzw. nuklearmedizinische Untersuchungen _____ (Art)
 _____ (Zeitpunkt)

Wichtig !

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns bitte hier, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen und der Myokard-SPECT, ggf. auch dem Belastungs-EKG, zustimmen.

Lübeck, den _____ Unterschrift: _____