

Tränengangszintigraphie



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe / Gewicht: _____

Die Untersuchung ist am: _____

um: _____ **Uhr**

Institut für Nuklearmedizin
Hellersdorfer Straße 237
12627 Berlin

Dr. med. Bert Schönsee
Dr. med. Nasser Al-Khadri

Telefon 030 - 993 91 86
Telefax 030 - 992 763 96

E-Mail
info@nuklearmedizinberlin.de

Ihren Termin, falls nötig, spätestens 24 Std. vor der Untersuchung absagen!

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? O Ja / O Nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie Blutverdünner ein?
(z.B. Xarelto, Plavix, Falithrom, ASS etc.) O Ja / O Nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine Infektionskrankheit?
(z.B. HIV, Hepatitis, Tbc) O Ja / O Nein

**Über die Einzelheiten der geplanten Untersuchung bin ich im Gespräch informiert worden.
Ich fühle mich ausreichend informiert.
Der für die Untersuchung notwendigen Gabe des radioaktiven Arzneimittels stimme ich zu.
Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.**

Datum / Unterschrift

Untersuchungsablauf Tränenangszintigraphie

zu beachten:

Am Tag der Untersuchung das Gesicht nicht eincremen!

Ablauf:

Zu Beginn der Untersuchung wird Ihnen vom Arzt ein radioaktives Präparat (kein Kontrastmittel) in den Bindehautsack beider Augen geträufelt (es hat keine Nebenwirkungen und Ihre Sehfähigkeit ist nicht beeinträchtigt).

Dabei sitzen Sie vor einer Kamera und zum selben Zeitpunkt wird eine 15-minütige Aufnahme gestartet.

Eine Mitarbeiterin wird Ihnen während der Untersuchung Anweisungen geben, denen Sie bitte nachkommen, z.B. 10x zwinkern.

Nach einer 30–45-minütigen Pause erfolgt eine weitere Aufnahme von 5 Minuten.

Sie müssen so still wie möglich an der Kamera sitzen.

Nach Beendigung der Aufnahme und der Auswertung aller Daten findet ein Gespräch beim Arzt statt.

Nach der Untersuchung können Sie sich wie gewohnt verhalten und z.B. zur Arbeit gehen.

Die gesamte Untersuchung dauert ca. 1-2 Stunden.

Ihr Praxisteam