

1) Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon / Mobil: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung: gesetzlich (Überweisung erforderlich!) privat

Bei Frauen < 50 J.: Schwangerschaft/Stillen ausgeschlossen? ja nein Wunschtermin

(mind. in 3 Wochen) _____

2) Medizinische Angaben:

Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Vorerkrankungen:

3) Vorbereitung:

- Keine Nahrungskarenz vor der Untersuchung erforderlich.
- Bestimmte Medikamente (s. Anlage) können die Untersuchung beeinflussen und sollten daher, in Absprache mit dem behandelnden ärztlichen Fachpersonal, vor der DAT-SCAN-Untersuchung abgesetzt werden.
- Unterschriebene Sachkostenregelung.
- Terminbestätigung bis Montag der Vorwoche vor dem Untersuchungstag.
- Schilddrüsenblockade mittels Irenat mind. 30 min vor der Untersuchung (wird vor Ort gegeben).

- Bitte senden Sie den aktuellen ärztlichen Brief mit dieser Anforderung per Fax an: 0231 922-1653.
- Telefonisch erreichen Sie uns unter 0231 922-1651.

Name, Anschrift der zuweisenden ärztlichen Fachpraxis:

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Substanzen mit Verringerung der Traceraufnahme von DatScan

| Substanzklasse / Wirkstoff | Handelsname | Wie viele Tage absetzen? |
|--|--|--------------------------|
| Psychostimulanzien | | |
| Methylphenidat | Concerta®, Equasym® , Medikinet®, Ritalin®, Rubifen® | 1 |
| Kokain | | 2 |
| Metamphetamin | | 2 |
| Amphetamin | | 7 |
| Dextroamphetamin | | 7 |
| Modafinil Vigil® | | 3 |
| Diethylpropion / Amfepramon | Regenon® | 1 |
| Metamfepramon | Tempil® | 1 |
| Mazindol | Sanorex®, Teronac® | 3 |
| Norpseudoephedrin | Alvalin® | 1 |
| Phentermin | Adipex®, Fastin® | 14 |
| Phenyl-Cyclidin-Piperidin "Angel Dust" | | 1 |
| Antidepressiva | | |
| Bupropion | Zyban®, Elontril®, Wellbutrin® | 8 |
| Venlafaxin | Efectin®, Faxiprol®, Venaxibene® | 3 |
| Sertalin | Zoloft®, Gladem® | 6 |
| Schmerzmittel | | |
| Fentanyl bei <u>intrathekaler</u> Applikation | Durogesic®, Actiq®, Effentora® | 1 |
| Pethidin i.v. | Alodan®, Dolantin® | 1 |
| Anticholinergika | | |
| Benzatropin | Congenitin®, Congenitol® | 5 |
| Hyoscin | Scopolamin | 5 |
| Sympathomimetika | | |
| Phenylephrin i.v. | | 1 |
| Anästhetika | | |
| Ketamin i.v. | | 1 |

| Folgende Medikamente müssen nicht abgesetzt werden: | |
|---|---|
| Dopaminomimetika | Levodopa und Kombinationspräparate |
| Dopamin-Agonisten | Apomorphin, Bromocriptin, Ropinirol, Pramipexol u.ä.. |
| Anticholinergika | Biperiden, Orphenadrin u.ä. |
| MAO-B-Inhibitoren | Selegelin u.ä. |
| COMT-Inhibitoren | Entacapon u.ä. |
| Trizyklische Antidepressiva | Amitriptylin, Doxepin u.ä. |
| Antihypertensiva | Beta-Blocker, Ca-Antagonisten u.ä. |
| Sedativa, Barbiturate | Diazepam u.ä. |

Quelle: S1-Leitlinie SPECT-Untersuchungen mit dem 123I-markierten Dopamintransporter-Liganden FP-CIT

(DaTSCANTM), Stand: 5/2017 – AWMF-Registernummer: 031-037

1. DAT-SCAN UNTERSUCHUNG UND SACHKOSTENREGELUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Am _____, um _____ Uhr wurde ein Termin in der Klinik für Nuklearmedizin der Knappschaft Kliniken Westfalen GmbH eine DAT-SCAN Untersuchung für Sie vereinbart.

*Hierzu ist eine sehr preisintensive radioaktive Substanz erforderlich, welche wir ausschließlich für Sie persönlich beim Hersteller vor der Untersuchung anfordern (Sachkosten ca. **900,- €**). Das Präparat hat eine sehr kurze Lebensdauer und ist nur wenige Stunden verwendbar.*

*Bei nicht rechtzeitiger Absage (**bis Montag der Vorwoche** vor dem Untersuchungstermin unter der Telefonnummer: **0231 922-1651**) oder Nichterscheinen zum Termin müssen wir die angefallenen Sachkosten in **Rechnung** stellen.*

Weiterhin bitten wir Sie zu beachten, dass bestimmte Medikamente (s. Anlage) die Untersuchung beeinflussen können und sollten daher, in Absprache mit Ihrem behandelnden ärztlichen Fachpersonal, vor der DAT-SCAN-Untersuchung abgesetzt werden.

Am Untersuchungstag brauchen Sie nicht nüchtern sein. Mind. 30 min vor der Gabe der radioaktiven Substanz werden Ihnen Irenat-Tropfen gegeben, um die Aufnahme von freiem Iodid in die Schilddrüse zu vermeiden.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Sachkostenregelung und die Terminbestätigung zur Kenntnis genommen habe. Die vor der Untersuchung abzusetzende Medikation werde ich nach Rücksprache mit meinem behandelnden ärztlichen Fachpersonal pausieren.

Ort, Datum

Patient*in: Name und Unterschrift