



# Einverständniserklärung

## Schilddrüsen-MIBI-Szintigraphie

**Nachname, Vorname**

**Geburtsdatum**

**Datum der Untersuchung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bei Ihnen soll eine spezielle Schilddrüsen-MIBI-Szintigraphie durchgeführt werden. Hiermit können Schilddrüsenknoten in ihrer Wachstumsaktivität beurteilt werden. Sie erhalten eine schwach strahlende radioaktive Substanz in eine Vene gespritzt und später wird deren Verteilung im Körper von außen gemessen. Nebenwirkungen oder Allergien wie z. B. bei Röntgenkontrastmittel treten nur äußerst selten auf. Die Strahlenexposition ist nur gering und entspricht etwa der einer Röntgenuntersuchung. Diese Untersuchung ist zur Beurteilung von Schilddrüsenknoten nicht offiziell zugelassen, hat sich jedoch in den vergangenen Jahren weltweit für diese Fragestellung bewährt. Die Untersuchung erfolgt daher als »individueller diagnostischer Heilversuch«.

### Zeitplan

Nach der Injektion nehmen Sie bitte im Wartezimmer Platz, Sie werden automatisch aufgerufen. Es werden Aufnahmen (Szintigraphie, SPECT) von der Schilddrüse angefertigt. Dies dauert etwa 30–40 Minuten. Nach zwei Stunden werden diese Aufnahmen wiederholt.

### Dauer der Untersuchung

Nach der Aufnahme erfolgt eine Auswertung, gegebenenfalls noch eine Besprechung mit dem behandelnden Arzt. Gegebenenfalls erhalten Sie einen schriftlichen Kurzbefund und Szintigramm-Kopien für den überweisenden Arzt. Die Gesamtdauer der Untersuchung einschließlich Wartezeit beträgt etwa 3 Stunden.

### Ergebnis

Bei einem normalen Befund der MIBI-Szintigraphie von Schilddrüsenknoten ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Befund gutartig ist und gutartig bleibt, mit etwa 98 % sehr hoch. Eine 100%ige Sicherheit liefert nur die Operation. Bei einem pathologischen MIBI-Befund beträgt die Wahrscheinlichkeit eines bösartigen Schilddrüsenknotens etwa 20 %. Diese nicht allzu hohe Wahrscheinlichkeit reicht aber im Allgemeinen aus, eine Operation zu empfehlen.

### Für gebärfähige Frauen, bitte nachfolgend ankreuzen:

**Eine Schwangerschaft ist ausgeschlossen  
(z. B. Verhütungsmittel u. a.), ich stille nicht.**

**Eine Schwangerschaft ist nicht ausgeschlossen  
bzw. ich stille aktuell ein Kind.**

**Eine Schwangerschaft liegt vor.**

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Patienten**