

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

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

Quelle: S1-Leitlinie SPECT-Untersuchungen mit dem 123I-markierten Dopamintransporter-Liganden FP-CIT (DaTSCANTM), Stand: 5/2017 – AWMF-Registernummer: 031-037

### **DAT-SCAN Untersuchung und Sachkostenregelung**

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

Am \_\_\_\_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr wurde ein Termin in der Klinik für Nuklearmedizin im Klinikum Westfalen 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**