

# Radiologie am Schlösle

**Dr. U. Knust-Dr. M. Deinzer-Dr. D. Schmidt  
Dr. E. Kocer & Kollegen**

**Ihr Termin:** \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie darum, Fremdaufnahmen und/oder Befunde von der zu untersuchenden Körperregion mitzubringen und diese bei der Anmeldung abzugeben.

Tel. Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

## **Patienteninformation und Aufklärung Schilddrüsenszintigraphie**

Bei einer Schilddrüsenszintigraphie handelt es sich um ein nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren mit dem sich Funktionsstörungen oder Veränderungen des Schilddrüsengewebes besser erkennen lassen als mit anderen bildgebenden Verfahren.

Bei der Untersuchung wird eine geringe Menge eines radioaktiven Arzneimittels in eine Armvene gespritzt. Das Ihnen verabreichte Medikament ist gut verträglich. Die Strahlenbelastung ist meist geringer als bei einer üblichen Röntgenuntersuchung, da das radioaktive Arzneimittel nach kurzer Zeit wieder zerfällt bzw. über den Organismus rasch ausgeschieden wird.

Bitte meiden Sie nach der Untersuchung den engen körperlichen Kontakt zu Kleinkindern, Säuglingen und Schwangeren. Sie sind nach der Untersuchung voll verkehrstauglich und arbeitsfähig.

Um den Abbau der radioaktiven Substanz in Ihrem Körper zu beschleunigen, sollten Sie am Untersuchungstag etwa 2 Liter Flüssigkeit zu sich nehmen.

## **Fragebogen (Anamnese)**

**Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen sorgfältig, damit ein reibungsloser Ablauf gewährt ist. Zutreffendes bitte ankreuzen.**

1. Besteht bei Ihnen eine Allergie (z.B. Medikamente oder Kontrastmittel)?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2. Wurde bei Ihnen bereits eine Schilddrüsenszintigraphie durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

3. Sind Sie an der Schilddrüse operiert?

ja  nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

4. Nehmen Sie Medikamente wie z.B. Schilddrüsen,- jodhaltige Medikamente oder Hormone ein?  ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

5. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Radiojodbehandlung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

6. Haben Sie im letzten halben Jahr Röntgenkontrastmittel bekommen?  ja  nein

7. Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**8. Frauen im gebärfähigen Alter:**

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  ja  nein

**Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und bin mit der Durchführung der Schilddrüsenszintigraphie einverstanden**  ja  nein

**Ich bin mit der Gabe eines intravenösen radioaktiven Arzneimittels einverstanden**  ja  nein

Pforzheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigter \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

Interne Anweisung

Datum	Verabreichte Aktivität (MBq)	Injektionszeit	Injektionsort	Durchführender Arzt