

Radiologie am Schlössle

**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: _____

Szintigraphie-Aufklärung

Bei einer Szintigraphie handelt es sich um ein nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren, bei dem verschiedene Erkrankungen festgestellt oder ausgeschlossen werden können. Herkömmliche bildgebende Verfahren, wie beispielsweise Röntgen oder MRT sind auf die Darstellung von Gewebestrukturen beschränkt. Mit Hilfe einer nuklearmedizinischen Untersuchung dagegen ist es möglich, die Funktion und Stoffwechselprozesse in Organen und Gewebe abzubilden und somit diagnostisch wegweisende und therapieentscheidende Ergebnisse vorzulegen.

Hierfür wird Ihnen ein radioaktives Arzneimittel in geringer Menge verabreicht, dies erfolgt in unterschiedlicher Weise z.B. Inhalation, Injektion oder orale Gabe.

Je nach Fragestellung beträgt die Wartezeit zwischen Verabreichung der radioaktiven Substanz und Beginn der Untersuchung mehrere Stunden.

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 Szintigraphie durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

3. Ist eine Tumorerkrankung bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

4. Besteht bei Ihnen eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes, Gicht)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Befinden sich in Ihrem Körper Implantate, Prothesen (z.B. Hüft-/Knieprothesen)? ja nein

Wenn ja, wo und seit wann? _____

6. Wurden bei Ihnen radiologische Voruntersuchungen (Röntgen, CT) durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

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 _____-Szintigraphie einverstanden ja nein

Ich bin mit der Gabe eines 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

Radiologie am Schlössle
Kiehnlestraße 14+15
75172 Pforzheim

Telefon: (07231) 38 66-0 Nuklearmedizin: -13
Telefax: (07231) 38 66-50