

Radiologie am Schlössle

Dres. M. Deinzer - D. Schmidt - E. Kocer - D. Rein und 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:

Geb.-Datum:

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Patienteninformation und Aufklärung Knochen-/Skelettszintigraphie

Bei einer Knochen-/Skelettszintigraphie handelt es sich um ein nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren, bei dem Stoffwechselveränderungen am Skelettsystem untersucht werden. 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, Gewebe und Knochen abzubilden und somit diagnostisch wegweisende und therapieentscheidende Ergebnisse vorzulegen. Hierfür wird Ihnen ein radioaktives Arzneimittel in geringer Menge verabreicht.

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
2. Wurde bei Ihnen bereits eine Knochen-/Skelettszintigraphie durchgeführt? ja nein
3. Ist eine Tumorerkrankung bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

bitte wenden

4. Besteht bei Ihnen eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes, Gicht)? ja nein
5. Befinden sich in Ihrem Körper Implantate, Prothesen (z.B. Hüft-/Knieprothesen)?

Wenn ja, wo und seit wann? _____ ja nein

6. Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? ja nein

7. Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein
Stillen Sie? ja nein

| | |
|---|---|
| Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und bin mit der Durchführung der Knochen-/Skelettszintigraphie einverstanden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bin mit der Gabe eines intravenösen radioaktiven Arzneimittels einverstanden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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