

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:

Geburtsdatum:

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Patienteninformation und Aufklärung Nierenzintigraphie

Bei einer Nierenzintigraphie handelt es sich um ein nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren, diese dient der Beurteilung der Nierendurchblutung, der Nierengewebefunktion und der Harnausscheidung.

Vor der Untersuchung erhalten Sie von uns eine Flasche Mineralwasser. Wir bitten Sie diese Flasche komplett leer zu trinken. Dies gewährleistet, die Nierenfunktion anzuregen.

Bei der Untersuchung wird eine geringe Menge eines radioaktiven Arzneimittels über einen venösen Zugang in eine Armvene gespritzt, außerdem ist es erforderlich während der Untersuchung mehrmalig Blutproben zu entnehmen. Hierzu wird Ihnen ein separater venöser Zugang gelegt. Bei manchen Fragestellungen erfolgt über den vorhandenen Zugang während der Untersuchung eine Injektion eines harntreibenden Medikamentes (Furosemid). Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 30 Minuten. Das Ihnen verabreichte Medikament ist gut verträglich. Die Strahlenbelastung ist 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.

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 Nierenzintigraphie durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

3. Nehmen Sie Blutdruckmedikamente?

ja nein

Bitte wenden

4. Sind bei Ihnen Nierenerkrankungen bekannt (z.B. Nierenstein, Nierenentzündung oder Niereninsuffizienz, Dialyse)? [] ja []
nein

Wenn ja, welche? _____

5. Wurden bei Ihnen radiologische Voruntersuchungen (Röntgen, CT) durchgeführt? [] ja []
nein

Wenn ja, wann und wo? _____

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

Wenn ja, welche? _____

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 Nierenzintigraphie 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 | Injek. Akt.(MBq) | Injektionszeit | Injektionsort | Arzt |
|-------|------------------|----------------|---------------|------|
| | | | | |