

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 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? _____

bitte wenden

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)

Wenn ja, welche? _____

ja nein

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

Radiologie am Schloßle

Telefon: (07231) 38 66-0

Nuklearmedizin: -13

Kiehnlestraße 14+15

Telefax: (07231) 38 66-50

75172 Pforzheim