

Radiologie am Schlössle

**Dr. H. Leibersperger-Dr. U. Knust-Dr. Dipl.-Phys. L. Fauser
Dr. M. Deinzer & Kollegen**

Ihr Termin: _____

Bitte bringen Sie zu diesem Termin ein großes Handtuch mit.

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Knochen-/Skelettszintigraphie-Aufklärung

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 etwas 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 Knochen-/Skelettszintigraphie 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? _____

Bitte wenden

5. Befinden sich in Ihrem Körper Implantate, Prothesen (z.B. Hüft-/Knieprothesen)? ja nein
Wenn ja, wo und seit wann? _____

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 Knochen-/Skelettszintigraphie einverstanden ja nein

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

Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde, ggf. Bilder an meine behandelnden Ärzte/Kliniken einverstanden ja nein

Pforzheim, den _____

Unterschrift des Patienten _____

Unterschrift Arzt/Ärztin _____

Interne Anweisung

Datum	Verabreichte Aktivität (MBq)	Injektionszeit	Injektionsort	Durchführender Arzt