

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:** _____

Nierenzintigraphie-Aufklärung

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 etwas 2 Liter Flüssigkeit zu sich nehmen.

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen sorgfältig, damit ein reibungsloser Ablauf gewährt ist. Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Besteht bei Ihnen eine Allergie (z.B. Medikamente oder Kontrastmittel)? [] ja [] nein
Wenn ja, welche? _____
- Wurde bei Ihnen bereits eine Nierenzintigraphie durchgeführt? [] ja [] nein
Wenn ja, wann und wo? _____
- 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

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	Uhrzeit	Injek. Akt.(MBq)	Injektionszeit	Injektionsort	Arzt