

SCHILDDRÜSENUNTERSUCHUNG

NAME		VORNAME	GEBURTSDATUM
POSTLEITZAHL	WOHNORT		STRASSE und HAUSNUMMER
TELEFONNUMMER		KRANKENKASSE	

Überweisender Arzt / Hausarzt

_____ (Name)

_____ (Ort)

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen ist heute die Durchführung einer Schilddrüsenuntersuchung vorgesehen. Im Rahmen dieser Untersuchung ist, falls es notwendig sein sollte, neben einer **Ultraschalluntersuchung** und/oder **Laborwertbestimmung** eventuell die Durchführung einer **Schilddrüsenszintigraphie** erforderlich. Hierfür wird Ihnen ein schwach strahlendes Präparat (^{99m}Tc-Perchnetat) über eine Armvene gespritzt, das sich innerhalb von 20 Minuten in der Schilddrüse anreichert. Hierdurch lassen sich Aussagen über die Funktion bestimmter Areale, z. B. Knoten in der Schilddrüse gewinnen. Die Substanz wird in kurzer Zeit wieder über den Urin ausgeschieden.

Diese Untersuchung ist mit einer geringen Strahlenbelastung verbunden. Wir sind uns sicher, dass die diagnostischen Vorteile der Untersuchung das Risiko der geringen Strahlenbelastung bei weitem überwiegen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie dieses Aufklärungsblatt gelesen haben und mit der Durchführung der Untersuchungen einverstanden sind. Sollten Sie weitere Fragen haben, beantworten wir diese gerne.

Wenn Sie einen Röntgenpass besitzen, bitten wir um Vorlage. Falls nicht, können wir Ihnen auf Nachfrage gerne einen solchen ausstellen.

Wir bitten Sie gemäß der geltenden Strahlenschutzverordnung folgende Fragen zu beantworten:

1. Frühere Röntgenuntersuchungen?	Ja	Nein
Falls Ja: Welche? Wann?		
2. Frühere Strahlenbehandlungen (z. B. nach Tumorleiden)?	Ja	Nein
Falls Ja: Welche Region?		
3. Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen (z. B. Schilddrüsen- oder Knochenszintigramm)?	Ja	Nein
Falls Ja: Welches Organ? Wann?		
4. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? (Im Zweifelsfall bitte Rücksprache mit der Ärztin bzw. mit dem Arzt.)	Ja	Nein
5. Wurden Sie schon einmal in unserer Praxis untersucht?	Ja	Nein
6. Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? (z. B. HIV, Hepatitis)	Ja	Nein

Dieses Aufklärungsblatt wird Ihnen nach der Untersuchung automatisch ausgehändigt.

Wir bewahren eine Kopie davon in Ihrer Patientenakte auf.

Friedberg, den _____

_____ (Unterschrift des Patienten / der Patientin)

(Aushändigung erfolgt durch MFA/MTRA:)

bitte wenden →

Vorab möchten wir Sie bitten Ihre Halskette(n) abzulegen. Vielen Dank !

Meine Größe: cm

Mein Gewicht: kg

-
- Letzte Schilddrüsenuntersuchung: noch keine
 - Wann?
 - Wo?
 - Ergebnis?
 - Medikamente für die Schilddrüse:
 - Andere Medikamente (insbesondere Marcumar):
 - Haben Sie im letzten halben Jahr iodhaltige Röntgenkontrastmittel (z.B. bei Herzkatheter- oder CT-Untersuchungen) oder iodhaltige Medikamente (z. B. Amiodaron / Cordarex) bekommen ?
 nein ja (wann / wo ?
 - Wurde eine Schilddrüsenoperation oder Radiojodtherapie durchgeführt?
 nein ja (wann / wo ?
 - Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?
 keine ja (welche?

-
- Beschwerden: Keine
 - Im Halsbereich (welche ?
 - Gewichtszunahme Gewichtsabnahme
 - Frieren Schwitzen
 - Müdigkeit Unruhe/Nervosität Schlafstörungen
 - Verstopfung Durchfall
 - Trockene Haut Haarausfall
 - Herzstolpern / -Druckgefühl Schneller Puls
 - Atemnot Sonstige:

Gemäß § 73 Abs.1b SGB V erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Ärzte des ZRNN erforderlichenfalls meine Untersuchungsergebnisse gemeinsam auswerten und bei Bedarf auswärtig erhobene Untersuchungsbefunde anfordern und einbeziehen. Die hier erhobenen Befunde dürfen meinen behandelnden Ärzten neben dem üblichen Postweg auch mit elektronischen Medien (z.B. FAX, E-Mail, CD/DVD, über gesicherte Datenleitung) übermittelt werden.