

KNOCHENSZINTIGRAPHIE

NAME		VORNAME	GEBURTSDATUM
POSTLEITZAHL	WOHNORT		STRASSE und HAUSNUMMER
TELEFONNUMMER		KRANKENKASSE	

Überweisender Arzt / Hausarzt

(Name)

(Ort)

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen soll heute eine **Knochenszintigraphie** durchgeführt werden. Diese Untersuchung ermöglicht es, krankhafte Veränderungen im Knochenstoffwechsel mit großer Empfindlichkeit festzustellen. Hierfür wird Ihnen ein schwach strahlendes Präparat über eine Armvene gespritzt, das sich vorübergehend im Knochen anlagert und über den Urin wieder ausgeschieden wird. Leider funktioniert der Knochenstoffwechsel sehr langsam, so dass eine gewisse Wartezeit zwischen Spritze und Untersuchung erforderlich ist. Während dieser müssen Sie ein bis eineinhalb Liter Wasser trinken.

Die Untersuchung ist mit einer geringen Strahlenbelastung verbunden. Hierzu ist jedoch anzumerken, dass häufige Röntgenuntersuchungen durch den Einsatz der Knochenszintigraphie vermieden werden können. Ihr behandelnder Arzt und auch 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 Untersuchung 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 →

Fragebogen zur Knochen-Szintigraphie

- Bestehen Beschwerden an Knochen oder Gelenken ? Nein Ja

falls ja, wo

- Hatten Sie Knochenbrüche oder –Verletzungen ? Nein Ja

falls ja, wann und wo

- Erfolgten Operationen an Knochen oder Gelenken ? Nein Ja

falls ja, wann und welche

- Erfolgten Bestrahlungen der Knochen ? Nein Ja

falls ja, wann und welche

- Besteht eine der folgenden Erkrankungen: Nein Ja

– Rheuma – Schuppenflechte – M. Crohn – Gicht – Arthritis – Arthrose –

falls ja, welche und wo

- Welche Medikamente werden zur Zeit eingenommen?

.....

Gemäß § 73 Abs.1b SGB V erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Ärzte des Zentrums für Radiologie und Nuklearmedizin Wetterau 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.