

## NIERENSZINTIGRAPHIE

NAME		VORNAME	GEBURTSDATUM
POSTLEITZAHL	WOHNORT		STRASSE und HAUSNUMMER
TELEFONNUMMER		KRANKENKASSE	

Überweisender Arzt / Hausarzt \_\_\_\_\_

(Name)

(Ort)

### Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen soll heute eine **Nierenzintigraphie** durchgeführt werden. Die Untersuchung erfolgt mit einem schwach strahlendem Präparat, welches Ihnen in eine Armvene gespritzt wird. Sinn der Untersuchung ist, Anhaltspunkte über die Nierenfunktion zu gewinnen, die auf anderen Wegen (z.B. Röntgen, Ultraschall, Urinuntersuchung) nicht zu gewinnen sind.

Das injizierte Präparat verlässt den Körper auf natürlichem Weg wieder. Mit der Untersuchung ist eine leichte Strahlenbelastung verbunden.

Ihr behandelnder Arzt geht, ebenso wie wir, davon aus, dass die diagnostische Vorteile der Untersuchung weitaus höher einzustufen sind, als die geringe Strahlenbelastung. Häufig wird es auch durch die Nierenuntersuchung möglich sein, auf zusätzliche Röntgenuntersuchungen zu verzichten und Ihnen auch somit Strahlen zu ersparen.

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

**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: .....)