

Patientenaufklärung zur Knochenszintigraphie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte lesen Sie den Ihnen überreichten Anamnesebogen und die ggf. ausgehändigten Informationsblätter genau durch. Um Risiken zu vermeiden, darf ein bestimmter Personenkreis nicht oder nur unter bestimmten Vorsichtsmaßnahmen untersucht werden. Bei Unklarheiten wenden Sie sich gern an unsere Mitarbeiter.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Hausarzt _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Sind Sie schwanger oder vermuten Sie schwanger zu sein? **Ja** **Nein**

Stillen Sie? **Ja** **Nein**

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, andere) ? **Ja** **Nein**

Wenn ja, an welchen? _____

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 (99m-Technetium) über eine Armvene injiziert, das sich vorübergehend im Knochen anlagert und über den Urin wieder ausgeschieden wird. Durch die natürliche Trägheit des Knochenstoffwechsels entsteht eine ca. 2 - 4 stündige Wartezeit zwischen Injektion und Untersuchung, in der wir Sie bitten 1 - 1,5 Liter Mineralwasser, Fruchtsäfte oder ähnliches zu trinken. Die Untersuchung ist mit einer geringen Strahlenbelastung verbunden. Hierzu ist 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 dem Risiko der geringen Strahlenbelastung bei weitem überwiegen. Bei Unklarheiten oder aufkommenden Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Aufklärung gelesen und verstanden haben, sowie dass Sie mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient
ggf. gesetzlicher Vertreter

(Aushändigung erfolgt durch: _____)

MFA/MTRA

Wir bitten Sie nun die folgenden Fragen gemäß der Strahlenschutzverordnung zu beantworten:

Wurden Sie in den letzten zwei Jahren geröntgt ? **Ja** **Nein** **unbekannt**

Wenn ja, wann, wo, welches Körperteil / Organ? _____

Wurden bei Ihnen Strahlentherapien durchgeführt ? **Ja** **Nein** **unbekannt**

(z.B. nach Tumorleiden)

Wenn ja, wann und in welcher Region?

Wurden in den letzten zwei Jahren nuklearmedizinische Untersuchungen durchgeführt ?

Wenn ja, wann und welches Organ? **Ja** **Nein** **unbekannt**

Haben Sie einen Röntgenpass ?

Ja

Nein

Falls ja, legen Sie diesen bitte an der Anmeldung vor, sodass die heutige Untersuchung eingetragen werden kann. Sollten Sie keinen besitzen, erhalten Sie diesen auf Wunsch nach der Untersuchung von unseren Mitarbeitern.

Bestehen Beschwerden an Knochen oder Gelenken? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wo?

Hatten Sie schon einmal Knochenbrüche oder Verletzungen? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wann und wo?

Wurden Knochen oder Gelenke operiert? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wann und welche?

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen? **Ja** **Nein**

Wenn ja, fügen Sie bitte hinzu welche Körperregion betroffen ist.

<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Gicht
<input type="checkbox"/> Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> Arthritis
<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Arthrose

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patientin
ggf. gesetzlicher Vertreter