

Patientenaufklärung zur Nierenszintigraphie

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Überweisender Arzt/ 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

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen soll heute eine Nierenszintigraphie durchgeführt werden. Die Untersuchung erfolgt mit einem schwach radioaktiven Präparat (Tc-99m-MAG3), das intravenös in eine Armvene injiziert wird. Die Untersuchung soll Anhaltspunkte über die Nierenfunktion geben, die auf anderen Wegen, wie z.B. Röntgen, Ultraschall oder Urinuntersuchungen, nicht zu gewinnen sind. Das injizierte Präparat verlässt den Körper in kurzer Zeit wieder auf natürlichem Wege. Am Ende der Untersuchung wird häufig ein harntreibendes Medikament (Furosemid = Lasix) injiziert. Mit der Untersuchung ist eine geringe Strahlenbelastung verbunden. Ihr behandelnder Arzt geht, ebenso wie das medizinische Fachpersonal, davon aus, dass die diagnostischen Vorteile der Durchführung der Untersuchung weitaus höher einzuschätzen sind, als die geringe Strahlenbelastung. Häufig wird es auch durch die heutige Nierenuntersuchung möglich sein, auf zusätzliche Röntgenuntersuchungen zu verzichten.*

**Wir bitten Sie nun die folgenden Fragen gemäß der Strahlenschutzverordnung zu beantworten.
Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter, die Ihnen Fragen gerne beantworten.**

Wurden Sie schon einmal geröntgt? Ja Nein

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

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.

Wurden bei Ihnen bereits Strahlenbehandlungen durchgeführt? Ja Nein

(z.B. nach Tumorleiden)

Wenn ja, wann und in welcher Region? _____

Hatten Sie bereits nuklearmedizinische Untersuchungen? Ja Nein

(z.B. Schilddrüsen- oder Knochenszintigraphie?)

Wenn ja, wann und welches Organ? _____

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

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient
ggf. gesetzlicher Vertreter