

Patientenaufklärung zur Untersuchung der Schilddrüse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Hausarzt: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

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 ist heute die Durchführung einer Schilddrüsenuntersuchung vorgesehen. Diese besteht aus einer Ultraschalluntersuchung und/oder der Laborwertbestimmung.

Im Rahmen dieser Untersuchung kann eventuell die Durchführung einer Schilddrüsenszintigraphie erforderlich sein. Hierfür wird Ihnen ein schwach strahlendes Präparat (Tc-99m - Pertechnetat) über eine Armvene injiziert, das sich innerhalb von 15 bis 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. Selten auftretende allgemeine Komplikationen durch Blutentnahme oder Injektion (Venenreizung, Entzündung, Bluterguss, Abszess, Nervenschädigung mit Gefühlsstörung oder Lähmung, Hautrötung, Allergie, Ohnmacht) sind leider niemals vollständig auszuschließen. Vor der Untersuchung bitten wir Sie ggf. Ihre Halskette abzulegen.

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

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter, die Ihnen Fragen gerne beantworten.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient
ggf. gesetzlicher Vertreter

(Aushändigung erfolgt durch MFA/MTRA _____)

Wurden Sie in den letzten zwei Jahren geröntgt? **Ja** **Nein** **unbekannt**
Wenn ja, wann, wo, welches Körperteil/welches Organ?

Wurden bei Ihnen Strahlentherapien (z.B. bei Krebs) durchgeführt? **Ja** **Nein**

Hatten Sie in den letzten zwei Jahren nuklearmedizinische Untersuchungen / Szintigraphien?
Ja **Nein** **unbekannt**
Wenn ja, welches Organ wurde untersucht?

Haben Sie in den letzten sechs Monaten jodhaltige Röntgenkontrastmittel (z.B. bei Herzkatheter- oder CT-Untersuchungen) oder jodhaltige Medikamente (z.B. Amiodaron / Cordarex) verabreicht bekommen?
Wenn ja, wann und wo? **Ja** **Nein**

Wurde Ihre Schilddrüse schon einmal untersucht? **Ja** **Nein**
Wenn ja, wann, wo & wie lautete das Ergebnis?

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche(s)?

Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsen-OP oder Radiojodtherapie durchgeführt? **Ja** **Nein**
Wenn ja, wann und wo?

Sind in Ihrer Familie Schilddrüsenerkrankungen bekannt? **Ja** **Nein**

Bitte nennen Sie uns nun Ihre Beschwerden: **Keine**

Im Halsbereich, wenn ja, welche? _____

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Gewichtszunahme | <input type="radio"/> Gewichtsabnahme |
| <input type="radio"/> Frieren | <input type="radio"/> Schwitzen |
| <input type="radio"/> Müdigkeit | <input type="radio"/> Unruhe / Nervosität |
| <input type="radio"/> Verstopfung | <input type="radio"/> Durchfall |
| <input type="radio"/> Trockene Haut | <input type="radio"/> Haarausfall |
| <input type="radio"/> Herzstolpern / -Druckgefühl | <input type="radio"/> Schneller Puls |
| <input type="radio"/> Atemnot | <input type="radio"/> Schlafstörungen |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | |
-

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? (insbesondere Marcumar) **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche?

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient
ggf. gesetzlicher Vertreter