

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sollen heute nuklearmedizinisch untersucht werden. Die Nuklearmedizin ist ein sicheres, seit vielen Jahren bekanntes und bewährtes medizinisches Verfahren. Sie umfasst ein breites Spektrum an Untersuchungsmöglichkeiten, z. B. Schilddrüse, Knochen, Herz. Mit Hilfe dieser nuklearmedizinischen Methoden können krankhafte Veränderungen von Gewebe, Organen und Organsystemen im menschlichen Körper dargestellt werden.

Bei der heutigen Untersuchung handelt es sich um die Darstellung des Stoffwechsels Ihrer Schilddrüse. Hierfür wird Ihnen eine schwach strahlende Flüssigkeit in eine Armvene verabreicht. Diese Flüssigkeit ist je nach untersuchtem Organ verschieden. Die Strahlenmenge für medizinische Zwecke ist geringfügig und für das menschliche Gewebe gut verträglich. Die Wahrscheinlichkeit von Allergien oder Entwicklung von Nebenwirkungen ist sehr gering. Zur Injektion des Nuklids und zur eventuellen Blutentnahme wird durch den Arzt oder geschultes Personal die Nadel in Ihre Armvene platziert. Dabei kann es zur lokalen Hautirritation, Venen- oder Nervenentzündung kommen. Für die Untersuchung sind hochempfindliche Kameras im Einsatz, so dass trotz geringer Strahlenaktivität Bilder erstellt werden können. Dabei ist es wichtig, dass Sie während der Untersuchung möglichst ruhig bleiben.

Nach der Untersuchung sollten Sie reichlich Wasser trinken und die Blase häufig entleeren. Für 2 Stunden meiden Sie bitte engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern, gegenüber anderen Personen sind keine Vorsichtsmaßnahmen nötig. Sie können z. B. Auto fahren oder normal zu Ihrem Arbeitsplatz zurückkehren.

Der weitere Ablauf und die Besonderheiten der Untersuchung werden Ihnen im Voraus durch den Arzt bzw. durch das Personal erklärt.

### Einwilligungserklärung

Gemäß § 73 (1b) SGB willige ich hiermit ein, dass neben meinem behandelnden Hausarzt, Befunde bei weiteren Leistungserbringern eingeholt und bei mir erhobene Befunde auch anderen mitbehandelnden Ärzten mitgeteilt werden dürfen.

- Ich hatte genügend Zeit, mich über die Untersuchung zu informieren, ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Untersuchung ein.
- Im Falle einer Ablehnung wurde ich über mögliche gesundheitliche Nachteile informiert.

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter Unterschrift Ärztin/Arzt

### Vom Personal auszufüllen

**Vorbefunde** im Ris  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
**Befunde** eingescannt  Ja  Nein Kürzel Mitarbeiter Anmeldung

RR: \_\_\_\_\_ Puls: \_\_\_\_\_ Tastbefund: \_\_\_\_\_

Sonografie:

Ja  Nein  mit LK  mit FNP  Doppler-Sono

Labor:  ja  nein  FT3  FT4  TSH  MAK  TRAK  TAK  HTG  CEA  Calcitonin

Rechtfertigende Indikation zur Schilddrüsenszintigrafie gestellt

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Arzt Unterschrift MTRA

Etikett

**SD –  
SZINTIGRAPHIE**

Datum: \_\_\_\_\_

Radiopharmakon: \_\_\_\_\_ <sup>99m</sup>Tc

Aktivität: \_\_\_\_\_ MBq

Injektionsstelle: \_\_\_\_\_

Spritzennummer: \_\_\_\_\_ Aufnahmezeit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ min p. i.

**Beschwerden:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kloß-/Druckgefühl im Halsbereich | <input type="checkbox"/> vermehrtes Schwitzen    | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme                  | <input type="checkbox"/> Atemnot bei Belastung   | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen    |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall                      | <input type="checkbox"/> Herzrasen/innere Unruhe | <input type="checkbox"/> hohe Müdigkeit     |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme                  | <input type="checkbox"/> nervös                  |   |

Schwangerschaft:  Ja  Nein  unbestimmt

Infektionskrankheiten:  Ja  Nein  unbestimmt

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen bereits eine **Radiojod-Therapie** durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

Wurde Ihre Schilddrüse operiert?  Ja,  Nein

Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_ abgesetzt seit? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen im letzten ½ Jahr eine Untersuchung mit jodhaltigem Kontrastmittel durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuelle Hormonwerte dabei?  Ja  Nein

Wenn ja: von wann? \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> FT3	<input type="checkbox"/> FT4	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> MAK	<input type="checkbox"/> TRAK
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

\_\_\_\_\_ Datum X \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient

**Vom Personal auszufüllen:**

Rezept  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

Nächster Termin \_\_\_\_\_