

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 eines der unten aufgeführten Organe. Hierfür wird Ihnen eine 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.

Bei Ihnen soll eine Untersuchung

der Lunge Dauer ca. 1 Stunde	<input type="checkbox"/>
des Skeletts Dauer ca. 4 -5 Stunden	<input type="checkbox"/>
des Herzens Dauer ca. 4 -5 Stunden	<input type="checkbox"/>
der Nieren Dauer ca. 2 Stunden	<input type="checkbox"/>
der Nebenschilddrüse Dauer ca. 3 Stunden	<input type="checkbox"/>

durchgeführt werden.

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

Etikett

# SZINTIGRAPHIE

RSO  Ja  Nein

Termin zur RSO \_\_\_\_\_

Patient ruft an:  Ja  Nein

Wir melden uns:  Ja  Nein

RSO Unterlagen  
Mitgegeben  Ja  Nein

Bilder mitgegeben  Ja  Nein

Triam Rezept  Ja  Nein

Schwangerschaft:  Ja  Nein  unbestimmt

Infektionskrankheiten:  Ja, welche \_\_\_\_\_  Nein  unbestimmt

Ist eine Krebserkrankung bekannt?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Sind Frakturen (Knochenbrüche) bekannt?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

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

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente z. B. ASS ein?  Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

X

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

## Anamnese:

### Szintigraphie

Rechtfertigende Indikation gestellt  450 MBq  650 MBq \_\_\_\_\_ MBq

Knochen  Herz  Nieren  SLN

Lunge  Hirn  Nebenschilddrüse  Tumor-Sz

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_ Unterschrift MTA

Injektion: um \_\_\_\_\_ Uhr

re. kubital  li. kubital

re. Handrücken  li. Handrücken andere Stelle. \_\_\_\_\_

Perfusionsphase \_\_\_\_\_

Weichteilphase \_\_\_\_\_

Spätaufnahmen \_\_\_\_\_

RSO-Unterlagen vorab:

PSMA-Aufklärung

**Zusätzlich zum** **GK SPECT** \_\_\_\_\_

**Planare** \_\_\_\_\_

**ISG- Index**  Ja  Nein

**Vorbefunde im Ris**  Ja  Nein

**Befunde eingescannt**  Ja  Nein

\_\_\_\_\_ Unterschrift Mitarbeiter