



## Skelettszintigraphie

Haben Sie <b>Beschwerden</b> ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
<b>Ihre Körpergröße:</b> <b>cm</b> <b>Ihr Körpergewicht:</b> <b>kg</b>	
Frühere <b>Röntgen- / CT-Untersuchungen</b> ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Frühere <b>nuklearmedizinische Untersuchungen</b> (z.B. Schilddrüsenszintigraphie, Knochenszintigraphie, Nierenszintigraphie)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Frühere <b>Krebs- oder Tumorbestrahlungen</b> ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Ist oder war bei Ihnen eine <b>Infektionskrankheit</b> z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und wann?
Wurden Sie am Skelett <b>operiert</b> oder liegen <b>frühere Knochenbrüche</b> vor?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo und wann?
Ist bei Ihnen eine <b>Krebserkrankung</b> bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
<b>Name und Ort des Hausarztes</b> (falls nicht Überweiser):	
<b>Zusatzfragen für Frauen:</b> Sind Sie <b>schwanger</b> oder könnten Sie schwanger sein?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
<b>Stillen</b> Sie?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>

### ■ Einverständniserklärung

Ich bin mit der Durchführung der **Skelettszintigraphie** einverstanden:



Ja:

Nein:

Ich bin mit der **Übersendung von Befundberichten** an den überweisenden Arzt **und** an den Hausarzt einverstanden:



Ja:

Nein:

Sie können diese Willenserklärung mittels schriftlicher Mitteilung jederzeit widerrufen.

### ■ **Datenschutz und Schweigepflicht**

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt/Ihrer überweisenden Ärztin über die Untersuchungsergebnisse zu berichten. Alle externen Dienstleister, die mit Patientendaten in Kontakt kommen, unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.



Datum



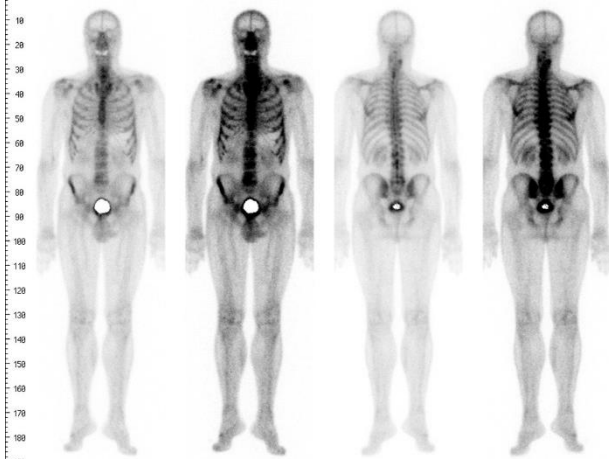
Ihre Unterschrift



**Patienteninformation: Nuklearmedizinische Skelettszintigraphie**

Ihr Name: \_\_\_\_\_

Ihr behandelnder Arzt hat für Sie eine **Skelettszintigraphie** empfohlen. Die Untersuchung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass Ihre Erkrankung detaillierter diagnostiziert wird oder eine vermutete Erkrankung ausgeschlossen werden kann.



■ **Wie funktioniert eine Skelettszintigraphie?**

Legen Sie vor der Untersuchung bitte alle **Metallgegenstände** ab (Schmuck, Gürtel, Hörgeräte). Für die Untersuchung wird Ihnen ein schwach radioaktives Medikament in eine Vene am Arm oder der Hand gespritzt. Das Medikament wird von Ihren Knochen aufgenommen und sendet von dort Strahlung, die mit einer speziellen Kamera (sog. Gammakamera) aufgenommen wird.

Nach der Verabreichung des Medikaments werden Sie gebeten Ihre Blase zu entleeren. Danach werden die ersten Bilder gemacht. Bleiben Sie bitte ruhig auf dem Untersuchungstisch liegen. Anschließend werden Sie gebeten 1,5 bis 2 Liter Wasser über einen längeren Zeitraum zu trinken. Sie werden dann nochmals aufgerufen um weitere Bilder anzufertigen.

Planen Sie bitte für die gesamte Untersuchung ca. 5 bis 6 Stunden Zeit ein.

■ **Sind Komplikationen möglich oder ist die Untersuchung gefährlich?**

Die Strahlenbelastung dieser Untersuchung entsteht nur durch das gespritzte Medikament (sog. Radiopharmakon). Die Gammakamera erzeugt keine Strahlung, daher hat die Aufenthaltsdauer im Gerät und die Anzahl der angefertigten Bilder keine höhere Strahlenbelastung zur Folge. In aller Regel liegt die Strahlenbelastung unter der einer normalen, „konventionellen“ Röntgenuntersuchung (z.B. Röntgen der Brust- oder Lendenwirbelsäule). Wenn Sie weiteres Informationsmaterial zur Strahlenbelastung wünschen, sprechen Sie uns bitte an.

Die Nebenwirkungsrate des Radiopharmakons ist sehr gering. Durch die intravenöse Injektion kann es sehr selten zu Blutergüssen, Entzündungen oder Infektionen kommen. Sollte es zu einem Paravasat kommen, d.h. das Medikament fließt nicht in das Blutgefäß (Vene), sondern in das umliegende Gewebe, können lokale Gewebeschäden auftreten.

Wie bei jedem anderen Medikament können äußerst selten Unverträglichkeitsreaktionen auftreten.

■ **Gibt es alternative Untersuchungsmethoden?**

In den meisten Fällen wird die Skelettszintigraphie nach einer anderen Untersuchung als Ergänzung empfohlen. Sie dient dann dazu eine Verdachtsdiagnose, die zum Beispiel bei einer CT oder MRT gestellt wurde zu bestätigen oder auszuschließen.

■ **Nach der Untersuchung**

**Halten Sie sich 3 Tage lang von Schwangeren und Kindern fern.** Vermeiden Sie insbesondere direkten Körperkontakt. **Trinken Sie bitte viel** (Tee, Wasser).

■ **Zusätzliche Informationen für Frauen**

Informieren Sie uns unbedingt, wenn Sie schwanger sind oder sein könnten. Bei **Schwangerschaft darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden.**

Wenn Sie stillen, muss die Milch für einige Zeit verworfen werden. Sprechen Sie uns in diesem Fall unbedingt an.

■ **Ablehnung der Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe**

Durch eine **Ablehnung** der Untersuchung können Ihnen **gesundheitliche Nachteile** entstehen. Therapien/Operationen können vielleicht nicht oder erst verspätet durchgeführt werden.

■ **Datenschutz und Schweigepflicht**

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt/Ihrer überweisenden Ärztin über die Untersuchungsergebnisse zu berichten. Alle externen Dienstleister, die mit Patientendaten in Kontakt kommen, unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.

☝ **Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden:**



Datum

Ihre Unterschrift