

Einwilligungserklärung zur nuklearmedizinischen/radiologischen Diagnostik

Name: _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Aufgrund einer Überweisung meines Hausarztes/Facharztes soll bei mir eine

- nuklearmedizinische Untersuchung der/des _____
 eine Knochendichtemessung mittels DPX durchgeführt werden.

Ich bin über die Durchführung der nuklearmedizinischen Untersuchung/Knochendichtemessung sowie über mögliche Komplikationen durch ein Informationsblatt, für mich persönlich verständlich und umfassend, aufgeklärt worden.

Ich habe die Aufklärung **gelesen und verstanden** und hatte ausreichend Gelegenheit, **weitere Fragen** zu stellen. Mit der geplanten Untersuchung bin ich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass die notwendigen Blutentnahmen bzw. die Applikation der radioaktiven Substanz in die Vene von einer Mitarbeiterin der Praxis durchgeführt wird, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten von den Ärzten der Praxis zur Durchführung dieser Aufgaben autorisiert ist. Die Durchführung dieses Verfahrens ist im Rahmen des Qualitätsmanagements der Praxis, die DIN ISO 9001 zertifiziert ist, festgelegt und wird regelmäßig überwacht.

Ich benötige eine Kopie
dieser Einwilligungserklärung (Patientenrechtegesetz) Ja Nein

(Datum) **Unterschrift X** _____
(Patient)

Einwilligungserklärung

Gemäß § 73 Abs. 1 SGB V willige ich hiermit ein, dass die Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen darf und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln darf.

Dieses Einverständnis gilt auch für elektronisch übertragene Informationen und Befunde.

(Datum) **Unterschrift X** _____
(Patient)

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?

(z.B. CT, Herzkatheter, normale Röntgenuntersuchung)

ja nein

Wenn ja, wann? _____ Was wurde untersucht? _____

2. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten nuklearmedizinisch untersucht?

ja nein

Wenn ja, wann? _____ Was wurde untersucht? _____

3. Wurde bei Ihnen eine Bestrahlungstherapie mit Röntgenstrahlen, Radium oder sonstigen radioaktiven Stoffen durchgeführt?

(z.B. bei Krebserkrankung, Radiojod-Therapie der Schilddrüse)

ja nein

Wenn ja, wann? _____ Wegen welcher Erkrankung? _____

Für Frauen: Sind Sie zur Zeit schwanger?

ja nein ungewiss

Letzte Periode: _____

(Datum) **Unterschrift X** _____
(Patient / Patientin)

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Datum _____ Unterschrift _____
Arzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, die zur Beurteilung Ihrer Knochendichte und Ihres Osteoporoserisikos wichtig sind.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

1. Wird bei Ihnen eine Osteoporose bereits behandelt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Medikament? _____
2. Haben Sie sich bei einem geringfügigen Unfall einen Knochenbruch zugezogen? ja nein
Wenn ja, welchen? _____ Wann? _____
3. Hat bzw. hatte jemand in Ihrer Verwandtschaft (Vater, Mutter, Geschwister) eine Osteoporose? ja nein
Hat bzw. hatte in Ihrer Verwandtschaft (Vater, Mutter, Geschwister) jemand einen Schenkelhalsbruch? ja nein
4. Leiden Sie **dauerhaft** unter Rücken-/Knochenschmerzen? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____
5. Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit (Laktoseintoleranz)? ja nein
6. Wurde bei Ihnen eine Chemotherapie durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
7. Rauchen Sie? ja nein
Ex-Raucher seit _____
8. Betreiben Sie regelmäßig Sport? ja, _____ mal wöchentlich nein
9. Beruf/Tätigkeit: vorwiegend sitzend
 zeitweilig mit körperlicher Tätigkeit
 vorwiegend körperliche Tätigkeit
10. Leiden Sie unter Schwindel/Sturzneigung? ja nein
11. Nehmen Sie dauerhaft ein Cortison-Präparat ein? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
Seit wann? _____
12. Welche Medikamente nehmen Sie **regelmäßig** ein?

Bitte kreuzen Sie an, welche der hier aufgeführten Erkrankungen bei Ihnen bekannt sind:

- | | |
|---|--------------------------|
| Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> |
| Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> |
| Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans) | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| Herzschwäche (Herzinsuffizienz) | <input type="checkbox"/> |
| Glutenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentenunverträglichkeit, welche? _____ | <input type="checkbox"/> |
| Entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn) | <input type="checkbox"/> |
| Chronische Erkrankung der Atemwege (COPD) | <input type="checkbox"/> |
| Speiseröhrentzündung (Ösophagitis) | <input type="checkbox"/> |
| Magenschleimhautentzündung (Gastritis) | <input type="checkbox"/> |
| Thrombose | <input type="checkbox"/> |
| Lungenembolie | <input type="checkbox"/> |
| Niereninsuffizienz/Dialyse | <input type="checkbox"/> |
| Brustkrebs | <input type="checkbox"/> |
| Prostatakrebs | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin-D-Mangel | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungseinschränkung (Lähmungen, Rollstuhl, überwiegend Rollator) | <input type="checkbox"/> |

Für Frauen:

Erste Periode mit ____ Jahren – letzte Periode mit ____ Jahren

Eierstockentfernung? ja (rechts · links · beide?) _____ nein

Anzahl der Geburten ____

Nehmen Sie weibliche Hormone ein? wenn ja, welche _____ nein

Bad Wildungen, den _____ Unterschrift: _____

Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis

Patienteninformation - Knochendichtemessung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Untersuchung der Knochendichte mittels Röntgenstrahlen (DEXA-Methode) durchgeführt werden. Wir möchten Sie mit dem Untersuchungsablauf vertraut machen und häufig gestellte Fragen schon im Vorfeld beantworten.

Untersuchungsablauf:

1. Ausfüllen der Fragebögen (im Wartebereich).
2. Die Knochendichtemessung erfolgt in der Regel über der Lendenwirbelsäule und eine zweite Messung über der Schenkelhalsregion. Ggf. wird noch eine Messung des rechten Handgelenkes durchgeführt. Die Aufnahmen dauern maximal zehn Minuten.
3. Wenn die Untersuchung abgeschlossen ist, werden Sie von einem unserer Ärzte aufgerufen um ein abschließendes Gespräch mit Ihnen zu führen.
4. Der Befund wird an den überweisenden Arzt und/oder an den Hausarzt übermittelt

Häufig gestellte Fragen:

Wie lange dauert die Untersuchung: Gesamtdauer ca. 1 Stunde.

Wie hoch ist die Strahlenbelastung: Die Strahlenbelastung ist minimal. Sie ist deutlich geringer als z.B. bei einer Röntgenaufnahme der Lunge. Gerne tragen wir die Untersuchung in Ihren Röntgenpass ein oder stellen Ihnen einen solchen aus.

Wer trägt die Kosten der Untersuchung: Die Krankenkassen tragen die Kosten für die Untersuchung nur unter bestimmten Voraussetzungen.

Falls die Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt, müssen wir Ihnen diese als sog. Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) berechnen.