

Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis

Patienteninformation – Schilddrüsenuntersuchung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Untersuchung der Schilddrüse durchgeführt werden. Wir möchten Sie mit dem Untersuchungsablauf vertraut machen und häufig gestellte Fragen schon im Vorfeld beantworten.

Untersuchungsablauf:

1. Ausfüllen der Fragebögen (im Wartezimmer).
2. Sie werden zur Blutentnahme (Bestimmung der Schilddrüsenhormone) aufgerufen.
3. Wenn eine sog. Schilddrüsenzintigraphie notwendig sein sollte, wird bei der Blutentnahme noch eine radioaktive Substanz in die Vene gespritzt, diese reichert sich in der Schilddrüse an.
4. „Aufnahme“ der Schilddrüse (5 Minuten) an der sog. Gamma-Kamera ca. 20 Minuten nach der o.g. Spritze.
5. Wenn diese Untersuchungen abgeschlossen sind, werden Sie von einem unserer Ärzte aufgerufen. Es wird dann noch eine Ultraschalluntersuchung und ein abschließendes Gespräch mit Ihnen durchführen.
6. Die Blutwerte werden am nächsten Tag in unserem Labor bestimmt und der Befund nach ca. 7 – 10 Tagen dem überweisenden Arzt übermittelt.

Häufig gestellte Fragen:

Wie lang dauert die Untersuchung? Ca. 1,5 Stunden.

Ist die radioaktive Substanz gefährlich? Nein – Die Strahlung ist sehr gering und nach ca. einem Tag aus dem Körper ausgeschieden. Es handelt sich **nicht um ein Kontrastmittel** – Überempfindlichkeitsreaktionen sind nicht bekannt.

Wann bekommt der Hausarzt den Bericht? Nach ca. 7 - 10 Tagen.

Einwilligungserklärung zur nuklearmedizinischen/radiologischen Diagnostik

Name: _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Aufgrund einer Überweisung meines Hausarztes/Facharztes soll bei mir eine

- nuklearmedizinische Untersuchung der/des Schilddrüse
 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 Dres. med. Gercke/Dittmar Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen dürfen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln dürfen.

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

Fragebogen zur Schilddrüsendiagnostik

Name: _____ **Vorname** _____

Anschrift: _____ **Tel.-Nr.** _____

Geb.-Datum: _____ **Größe:** _____ **Gewicht:** _____

Wurde bei Ihnen schon eine Schilddrüsenerkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie deshalb behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenmedikament: _____	mit <input type="checkbox"/> Tabletten	<input type="checkbox"/> Radio-Jod <input type="checkbox"/> Operation
Hat in der Verwandtschaft jemand eine Schilddrüsenerkrankung? Wer _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Kontrastmittelgabe durchgeführt (Herzkatheter, CT, Angiographie)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Allgemeine Beschwerden

Hat sich Ihr Körpergewicht in letzter Zeit verändert?	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> abgenommen <input type="checkbox"/> unverändert
Wie ist Ihr Appetit?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht
Wie ist Ihr Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung
Sind Sie temperaturempfindlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gegen	<input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Kälte
Hatten Sie in letzter Zeit Herzrasen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bemerken Sie in letzter Zeit vermehrt	
innere Unruhe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Antriebsarmut	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Augenbeschwerden (Tränen, Lichtempfindlichkeit, Druck)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Lokale Beschwerden in der Schilddrüse

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Hals dicker geworden ist?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie vermehrt Halsdruck/Kloßgefühl oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Luftnot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schmerzen im Bereich der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie in letzter Zeit oft heiser?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Die folgenden Fragen sind nur von Frauen zu beantworten

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ungewiss
Ist die Periode regelmäßig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hatten Sie eine Unterleibsoperation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Datum _____

Unterschrift **X** _____