

Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis

Patienteninformation – Knochenszintigraphie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Untersuchung des Knochenstoffwechsels (Knochenszintigraphie) durchgeführt werden. Wir möchten Sie mit dem Untersuchungsablauf vertraut machen und häufig gestellte Fragen schon im Vorfeld beantworten.

Untersuchungsablauf:

1. Ausfüllen des Fragebogens im Wartezimmer (Vorder- und Rückseite).
2. Sie werden in den Untersuchungsraum aufgerufen. Es wird eine radioaktive Substanz in die Vene gespritzt, die sich in den Knochen anreichert.
3. Wenn nötig, werden direkt nach der Spritze Aufnahmen unter der sog. Gamma-Kamera gemacht (Frühaufnahmen).
4. Die Substanz benötigt zwischen zwei und fünf Stunden, um sich in den Knochen anzureichern. Sie müssen in dieser Zeit ca. 1 Liter Flüssigkeit zu sich nehmen. Während dieser Zeit können Sie die Praxis verlassen, unsere Mitarbeiterin sagt Ihnen die Uhrzeit, zu der sie zu den sogenannten Spätaufnahmen wieder in der Praxis sein müssen. Zur verabredeten Zeit erfolgen die Aufnahmen des gesamten Skelettsystemes.
5. Falls nötig, werden noch weitere Aufnahmen in Form von Schnittbildaufnahmen, sogenannte Tomographie, angefertigt.
6. Die Spätaufnahmen können bis zu 1 Stunde dauern.
7. Der Befundbericht wird an den überweisenden Arzt geschickt.

Häufig gestellte Fragen:

Wie lange dauert die Untersuchung: Insgesamt ca. 3-6 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 Skeletts
 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