

Patientenaufklärung / Dokumentation Skelettszintigraphie

Patientenname: _____ Radiopharmakon: _____

Größe: _____ Aktivität: _____

Gewicht: _____ Injektionszeit: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sie wurden zu einer Skelettszintigraphie überwiesen, um eine Erkrankung abzuklären, auszuschließen oder um einen Therapieerfolg zu überprüfen. Eine Szintigraphie ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der eine leicht radioaktive Substanz intravenös verabreicht wird, deren Verteilung in den Organen anschließend gemessen wird. Bei der Skelettszintigraphie wird die Verteilung im Knochen beurteilt. Ihnen wird ein Arzneimittel intravenös

verabreicht, welches eine geringe Menge eines kurzlebigen radioaktiven Isotops (^{99m}Tc) enthält.

Die eigentliche Aufzeichnung erfolgt 2 bis 4 Stunden nach Injektion und wird mit einer Gammakamera durchgeführt. Die Dauer der Aufzeichnung richtet sich nach der Fragestellung und dauert 30 bis 60 Minuten. Anschließend werden am Computer die Bilder, die von Ihrem Körper aufgezeichnet wurden, bearbeitet und befundet.

Vorbereitung: Sie müssen nicht nüchtern sein. Sie sollten aber nach der Injektion 1,5 Liter trinken. Mineralwasser stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Untersuchung: Die Kleidung können Sie anbehalten, nur metallische Gegenstände sind abzulegen bzw. aus den Taschen zu nehmen (Gürtel, Münzen, Schlüssel etc.). Für die Aufzeichnung werden Sie bequem gelagert, da Sie anschließend möglichst ruhig auf dem Rücken liegen müssen. Die Untersuchungsliege fährt mit Ihnen langsam durch die recht weite Geräteöffnung. Das Gerät verursacht keine lauten Geräusche. In manchen Fällen ist es notwendig, eine Aufnahme unmittelbar nach der Injektion durchzuführen, um auch die Durchblutung einer bestimmten Region darzustellen.

Patientenaufklärung/Dokumentation Skelettszintigraphie **Informationen für den Arzt**

1) Ist bei Ihnen schon einmal eine Szintigraphie durchgeführt worden? Nein Ja

Wann? _____ Welche? _____

Wo? _____

2) Wurde schon einmal eine Strahlen-/Chemotherapie durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja, wann? _____

3) Wann wurden welche Operationen bei Ihnen durchgeführt?

4) Sind bei Ihnen Knochenbrüche bekannt? Nein Ja Wenn ja, wo?

5) Sind Sie in der letzten Zeit gestürzt? Nein Ja Wenn ja, wann?

6) Haben Sie zurzeit Skelettbeschwerden? Nein Ja Wenn ja, wo?

7) Arbeiten Ihre Nieren normal? Nein Ja

8) Besteht eine Allergie? Nein Ja Wenn ja, welche?

9) Könnten Sie schwanger sein? Nein Ja

10) Stillen Sie? Nein Ja

Einwilligungserklärung

- Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.
- Ich bitte nach der Untersuchung um eine Information nach §81, Abs. 2 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).
- Ich verzichte auf eine Information nach §81 Abs. 2 StrlSchV.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten _____

Unterschrift des Arztes _____