Radiologie Team Ortenau
Zentrum für Nuklearmedizin
Leitender Arzt:
Dr. T. Spehl

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen wird heute eine Skelettszintigraphie durchgeführt. Dies ist ein nuklearmedizinisches Verfahren, das zum Ziel hat, den Knochenstoffwechsel bildlich darzustellen, selten wird es auch eingesetzt, um Eiweißablagerungen im Herzmuskel darzustellen. Die Untersuchung bietet wertvolle Informationen z.B. bei entzündlichen Veränderungen von Knochen und Gelenken, zur Beurteilung von Prothesen aber auch zur Detektion von Knochenmetastasen bei Krebserkrankungen.

Wir verwenden Verbindungen aus einem Radionuklid (^{99m}Technetium) und einer Phosphatverbindung (sog. HDP). Diese sind sehr gut verträglich, Sie werden durch die Substanz in keiner Weise beeinträchtigt und können normal essen und trinken. Medikamenten-Interaktionen sind nicht bekannt. Allergische Reaktionen sind extrem selten. Sonstige Nebenwirkungen sind nicht zu erwarten. Die Verkehrstüchtigkeit ist nicht beeinträchtigt.

Die Strahlenbelastung durch das kurzwirksame Nuklid variiert je nach Fragestellung, beläuft sich aber im Mittel auf 2-5 mSv. Sie können helfen diese zu senken, indem Sie nach der Untersuchung viel trinken und häufig die Blase entleeren.

Die Dauer der Untersuchung beträgt ca. 3-4 h. Je nach Fragestellung werden umgehend nach Injektion bereits Bilder aufgenommen, in jedem Fall werden aber sog. Spätphasen-Bilder nach ca. 3 h benötigt. In der Wartezeit dazwischen können Sie sich in unseren Warteräumen aufhalten oder die Praxis verlassen. Möglicherweise werden im Anschluss noch gezielte Aufnahmen oder ergänzende Röntgen- oder CT-Bilder angefertigt.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung erhalten:

Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, was wann: _____

Besteht bei ihnen eine Allergie? Wenn ja, gegen welche Substanzen:

Ja ◯ Nein ◯

_____

Könnten Sie schwanger sein?

Ja ◯ Nein ◯

Stillen Sie?

Ja ◯ Nein ◯

Notizen:

_____

_____

_____

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

Einwilligung in die Untersuchung:

Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden. Die Bedenkzeit war ausreichend. Meine Fragen diesbezüglich wurden geklärt und ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Die untenstehenden Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin bzw. gesetzl. Vertreter: _____

Unterschrift Arzt: _____

Kopie der Aufklärungsunterlagen/Fragebogen:

Dem Patienten steht es zu, Abschriften von Unterlagen zu erhalten, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung unterzeichnet hat. Dies betrifft zunächst nur die Aufklärungsunterlagen, es geht nicht um eine Kopie des Befundberichtes.

◯ Ich wünsche eine Kopie *dieses Fragebogens* (nicht der Befundbericht!)

◯ Ich wünsche keine Kopie *dieses Fragebogens*

Datenschutzhinweis

Bei Ihrer Untersuchung werden im Rahmen der Untersuchung vertrauliche Daten erhoben und gespeichert. Wir halten uns streng an die gesetzlichen Regelungen, insbesondere an das Bundesdatenschutzgesetz und die Datenschutzgrundverordnung. Grundsätzlich übermitteln wir nur dann Daten an Dritte, wenn ein Gesetz dieses erlaubt oder vorschreibt, oder wenn Sie mit dieser Übermittlung einverstanden sind. Ihr behandelnder Arzt hat Sie in unsere Praxis überwiesen, um eine bestimmte Untersuchung durchführen zu lassen. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir daher davon aus, dass Sie zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse, Bilddaten und den Arztbrief ihrem behandelnden Arzt (postalisch, per Fax, digital) übermitteln. Falls für Ihre Weiterbehandlung medizinisch notwendig, werden wir die Daten ggf. auch an weiterbehandelnde andere Ärzte und/oder Krankenhäuser übermitteln oder Daten und Befunde von entsprechenden Voruntersuchungen zum Vergleich anfordern. Sollte Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies explizit auf diesem Bogen zu vermerken. Der Übermittlung können Sie jederzeit, auch später, widersprechen.

Ablehnung der Untersuchung:

Die Untersuchung wurde nach ausführlicher Aufklärung **abgelehnt.** Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde ausführlich informiert.

_____
Ort, Datum, Uhrzeit

_____ _____
Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter Unterschrift Arzt