

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zu einer Skelettszintigraphie überwiesen, um eine Erkrankung abzuklären oder auszuschließen oder einen Therapieerfolg zu überprüfen.

Es handelt sich um eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der eine gering radioaktive, gut verträgliche Substanz intravenös verabreicht wird (99m-Technetium), deren Verteilung nach 2-4 Stunden in den Knochen mittels einer speziellen Kamera (Gamma-Kamera) beurteilt wird. Gelegentlich werden zusätzliche Frühaufnahmen angefertigt.

Sie benötigen keine spezielle Vorbereitung, müssen lediglich nach der Injektion 1,5 Liter trinken.

Die Bildaufzeichnung erfolgt bekleidet, nur metallische Gegenstände sind abzulegen.

Nebenwirkungen sind nicht zu erwarten. Während einer Schwangerschaft darf diese Untersuchung nicht vorgenommen werden.

Vor der Untersuchung benötigen wir folgende Angaben:

Name, Vorname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Straße, Hausnummer		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Postleitzahl Ort		Geschlecht	
Überweisender Arzt		Telefonnummer	
		Name der Krankenversicherung	


Unter welchen Beschwerden leiden Sie? _____

▶ **Seit wann bestehen diese Beschwerden?**

	Bitte zutreffendes ankreuzen	
	JA	NEIN
Wurde bei Ihnen schon eine Skelettszintigraphie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Knochenbrüche? (wo?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in letzter Zeit gestürzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Einschränkung Ihrer Nierenleistung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Allergie vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer chron. Erkrankung, z.B. Rheuma, Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche? _____

Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der Untersuchung und der Weitergabe einer Befundkopie an den überweisenden Arzt sowie die von mir angegebenen Ärzte einverstanden.

 Falls Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, dürfen Sie an diesem Tag nicht mehr Auto oder Fahrrad fahren, die die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr od. zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Wir bitten Sie, möglichst eine Begleitung für den Heimweg mitzubringen.

Ich bin mit der Archivierung dieses Fragebogens in der Röntgenpraxis einverstanden.
(Falls eine Kopie gewünscht wird, teilen Sie dies bitte der betreuenden Röntgenassistentin mit.)

Datum	Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters	Arzt
-------	--	------