

Aufklärungsbogen zur Skelettszintigraphie

Name: _____ Geb.- Datum: _____

Gewicht in kg: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind zu uns zur Durchführung eines Skelettszintigramms gekommen. Bei dieser Untersuchung wird Ihnen eine leicht radioaktive Substanz gespritzt, welche sich am Skelett anreichert. Diese Substanz verursacht keine Nebenwirkungen. Je nach Fragestellung werden evtl. direkt nach der Injektion sowie nach 2 Stunden Aufnahmen von Ihrem ganzen Körper angefertigt.

In diesen 2 Stunden Wartezeit ist es wichtig, dass Sie mindestens 1 Liter Mineralwasser trinken!

Bei der Aufnahme liegen Sie auf einem Tisch, der sich langsam durch eine Öffnung schiebt. Es handelt sich hierbei NICHT um eine enge Röhre! Die Aufnahme dauert etwa 20 Minuten. Sie müssen dabei ruhig liegen bleiben.

An diesem Untersuchungstag sollten Sie sich von Schwangeren und Kleinstkindern unter 1 Jahr fernhalten! Am Folgetag ist nichts mehr zu beachten.

- 1) Hatten Sie schon einmal Knochenbrüche? Ja Nein
Wenn ja, wo und wann? _____
- 2) Wurden Sie schon einmal am Knochen operiert? Ja Nein
Wenn ja, wo und wann? _____
- 3) Sind Sie sonst schon einmal operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, woran und wann? _____
- 4) Sind oder waren Sie an Brustkrebs erkrankt? Ja Nein
Wenn ja, welche Seite und wann? _____
- 5) Sind oder waren Sie an Prostatakrebs erkrankt? Ja Nein
- 6) Haben Sie schon einmal eine Chemotherapie bekommen? Ja Nein
Wenn ja, wann und wie viele Zyklen? _____
- 7) Haben Sie schon einmal eine Strahlentherapie bekommen? Ja Nein
Wenn ja, wann und wie viele? _____
- 8) Wurde bei Ihnen bereits ein Knochenszintigramm gemacht? Ja Nein
Wenn ja, wann und wo? Was war das Ergebnis? _____
- 9) Haben Sie aktuell Schmerzen im Knochenbereich? Ja Nein
Wenn ja, wo und seit wann? _____
- 10) Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ich möchte eine Kopie dieses **Aufklärungsbogens** erhalten (gemäß dem § 630 e BGB, welches am 26.02.2013 in Kraft getreten ist, sog. Patientenrechtegesetz). Ja Nein
Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Untersuchung einverstanden bin:



Radiologie und
Nuklearmedizin
im Zentrum Vital



Dr. med. Eric Schlaudraff
Dr. med. Uwe Rößler
Dr. med. Nurettin Durdu
Dr. med. Charlotte Reichel
Dr. med. Nicolai Schramm
Robert Reith (ang. Arzt)

Magnetresonanztomographie
Computertomographie
Nuklearmedizin
Mammographie
Digitales Röntgen
Ultraschall

Sprechstunden:
Mo.–Do. 8:00–18:00 Uhr
Fr. 8:00–17:00 Uhr
Termine nach Vereinbarung

Zentrum Vital
Gerloser Weg 20
36039 Fulda

Telefon: 0661-902 950
Telefax: 0661-902 9524

praxis@radiologie-fulda.de
www.radiologie-fulda.de

Bankverbindung
Sparkasse Fulda
IBAN:
DE71 5305 0180 0000 0482 06
BIC: HELADEF1FDS



Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. des/der Erziehungsberechtigten