

# 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