

Patientenaufklärung, Anamnese und Einverständniserklärung

Patient: Geburtsdatum:

Anschrift: Telefon-Nr.:

Etikett

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

bei Ihnen soll eine Untersuchung des Knochenstoffwechsels, eine Skelettszintigraphie, durchgeführt werden, um evtl. vorliegende krankhafte Veränderungen des Knochens zu erkennen und damit auch besser behandeln zu können.

Die Gesamtdauer der Untersuchung vom Anmeldungstermin bis zum Ende der letzten Aufnahme beträgt etwa 4 bis 6 Stunden

Für die Untersuchung wird Ihnen eine kleine Menge eines schwach strahlenden Medikamentes in eine Vene gespritzt. Nach der Injektion erreicht dieses Medikament über das Blutgefäßsystem das Skelettsystem und wird in der Knochensubstanz aufgenommen. Je aktiver ein evtl. vorliegender Knochenumbau im Rahmen einer krankhaften Knochenveränderung ist, umso höher ist die Aufnahmezeit. Mit Hilfe der Gammakamera kann dann der krankhaft veränderte Anreicherungsort lokalisiert werden.

Vorbereitung

Eine spezielle Vorbereitung für die Untersuchung ist nicht nötig und Sie müssen nicht nüchtern sein. Für eine sichere Beurteilung möchten wir Sie aber bitten, den anhängenden Fragebogen (s. u.) sorgfältig auszufüllen.

Untersuchungsablauf

Zur Durchführung der Untersuchung wird Ihnen die Substanz direkt intravenös injiziert, und es werden teilweise direkt im Anschluss und nach einer zusätzlichen Anreicherungs- bzw. Verteilungszeit von ca. 3-4 Std. Aufnahmen mit einer Gammakamera angefertigt. Für die Aufnahmen werden Sie bequem auf einer Untersuchungsfläche unter der Gammakamera positioniert. Die Aufnahmezeit beträgt jeweils ca. 20 min und ggfs. werden noch zusätzlich 3D-Aufnahmen, sog. SPECT-Aufnahmen zur besseren Beurteilung einzelner Körperregionen angefertigt. Während der zwischenzeitlichen Anreicherungsphase von ca. 3-4 Std. können Sie unsere Praxis verlassen.

Der endgültige Befund wird Ihrem behandelnden Arzt mit dem relevanten Bildmaterial umgehend zugesandt.

Risiken

Die mit dieser Untersuchung verbundenen Risiken sind als sehr gering einzuschätzen. Die radioaktiven Substanzen werden seit vielen Jahren in der Diagnostik eingesetzt und bislang sind keine Unverträglichkeiten oder Nebenwirkungen (allergische Reaktionen, Übelkeit, Erbrechen etc.) beobachtet worden bzw. zu erwarten. Das ruhige Liegen während der Aufnahme mag evtl. etwas schwerfallen.

Bei der injizierten Substanz handelt es sich nicht um ein Röntgenkontrastmittel und/oder eine iodhaltige Substanz!

Strahlenbelastung

Die Strahlendosis (ca. 3-5 mSv) der Untersuchung liegt etwa im Bereich der doppelten bis dreifachen jährlichen natürlichen Strahlenbelastung, die ein Mensch im „Alltag“ erhält. Akute und/oder chronische Strahlenschäden sind weder zu erwarten noch je beobachtet worden.

Für Ihre Mitmenschen stellen Sie keinerlei Risiko dar, aufgrund des raschen Zerfalls der radioaktiven Substanz erhalten diese keine relevante Strahlenbelastung.

Datenschutz

Es wird angestrebt, die anfallenden Daten praxisintern zur Qualitätssicherung zu sammeln und auszuwerten. Dies geschieht nur im Rahmen gesetzlicher Vorgaben. Falls eine Veröffentlichung in einem wissenschaftlichen Journal erfolgt, wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat (Anonymisierung).

Ihre persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz.

Einwilligung

Ich bin über Art, Bedeutung und Ablauf der Skelettszintigraphie aufgeklärt worden. Ich habe die Patienteninformation und Einwilligungserklärung gelesen und verstanden.

Bei Frauen im gebärfähigen Alter:**Sind Sie schwanger:**

Ja: ☐ **(Bitte sprechen Sie uns sofort an!)**

Ich bin mir nicht sicher: ☐ **(Bitte sprechen Sie uns sofort an!)**

Nein : ☐

Ort, Datum und Unterschrift des **Patienten**

Unterschrift des behandelnden Arztes

Liebe Patientin, lieber Patient,
aufgrund der Knochenszintigraphie, die bei Ihnen durchgeführt werden soll, bitten wir Sie, uns einige
Fragen bezüglich Ihrer Anamnese und Beschwerden zu beantworten.

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

1. Wurde bei Ihnen bereits eine Knochenszintigraphie durchgeführt?
nein · ja · Wenn ja, wann? _____ Wo? _____
2. Besteht bei Ihnen eine Krebserkrankung oder der Verdacht auf eine Krebserkrankung?
nein · ja · Wenn ja, was für eine? _____ Seit wann? _____
Sind Knochenmetastasen bekannt? nein · ja · Welche Körperregion? _____
3. Besteht bei Ihnen eine rheumatische Erkrankung oder der Verdacht auf eine rheumatische
Erkrankung? nein · ja · Wenn ja, welcher Körperregion? _____
4. Haben Sie künstliche Gelenke? nein · ja ·
Welches Gelenk? _____ Welche Körperseite? _____ Seit wann? _____
5. Haben Sie Knochen- oder Muskelschmerzen (Gelenke, Wirbelsäule o. ä.)? nein · ja ·
Wo sind diese Schmerzen lokalisiert? _____ Seit wann? _____
6. Hatten Sie in den letzten Jahren einen Unfall, einen Sturz oder einen Knochenbruch?
nein · ja · Wenn ja, welcher Körperregion? _____ Wann? _____
7. Sind Sie schon einmal am Knochen operiert worden? nein · ja ·
Was wurde operiert? _____ Wann? _____
8. Welche weiteren Behandlungen wurden bei Ihnen durchgeführt?
Keine ·
Strahlentherapie · Wann? _____ Welche Körperregion _____
Chemotherapie · In welchem Zeitraum _____
Andere Behandlungen · _____
9. Sind Störungen der Nierenfunktion bekannt? nein · ja · Welche Niere ist betroffen? _____

10. Nur für Frauen im gebärfähigen Alter

Besteht eine Schwangerschaft oder die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

nein · ja · Wenn ja, sprechen Sie bitte **sofort** eine unserer Mitarbeiterinnen an!

Ich bin mit der Untersuchung einverstanden und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Datum Unterschrift