

Knochenszintigraphie

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Bei Ihnen ist die Durchführung einer **Knochenszintigraphie** vorgesehen. Diese Untersuchung erlaubt es auch kleinere Veränderungen der Knochen zu einem sehr frühen Zeitpunkt zu erkennen.

Die Untersuchung beginnt mit einer Spritze in die Armvene, die eine schwach strahlenaktive Substanz enthält, die in der Lage ist, krankhafte Veränderungen der Knochen aufzuspüren. Sie sind hierdurch zwar einer Strahlenbelastung ausgesetzt, darüberhinaus

sind jedoch keine Nebenwirkungen bekannt. Eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit besteht ebenfalls nicht. Bis zu den eigentlichen Aufnahmen dauert es dann noch etwa 2-3 Stunden, die Sie nicht unbedingt in der Praxis verbringen brauchen. Wichtig ist aber, dass Sie in dieser Zeit möglichst viel Flüssigkeit zu sich nehmen (etwa 1 Liter).

Auch nach der Aufnahme wird sich noch ein Rest der gespritzten Substanz in ihrem Körper befinden, die im Normalfall keine besonderen Vorsichts- bzw. Rücksichtsmaßnahmen gegenüber weiteren Personen erfordert. Ausnahme hierzu sind Kinder und schwangere Frauen mit denen ein längerer andauernder enger Kontakt vermieden werden sollte. Stillende Frauen sollten 1 Tag unterbrechen.

Zur Vereinfachung der Bearbeitung Ihrer Bilder wären wir Ihnen für einige Angaben sehr dankbar:

Größe: _____

Gewicht: _____

1. Welche Beschwerden haben zu der heutigen Untersuchung geführt?

2. Sind die Beschwerden durch einen Unfall oder sonstige Verletzungen bedingt? ja nein

3. Ist bei Ihnen eine bösartige Erkrankung bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

4. Wurde bei Ihnen schon einmal zu einem früheren Zeitpunkt eine Knochenszintigraphie durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

5. Bei Gelenkprothesen, Zeitpunkt der Operation? _____

6. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein

7. Stillen Sie? ja nein

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, sowie anderen Leistungserbringern.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

Datum, Unterschrift

vom Personal auszufüllen:

Voruntersuchungen: ja nein

Wenn ja, wann und welche Untersuchung: _____



Drewes+Partner

Röntgen-Nuclear-Institut
Medizinisches Versorgungszentrum

Möserstraße 50
49074 Osnabrück

Telefon: 0541-600100
Telefax: 0541-6001010
www.drewes-partner.de
info@drewes-partner.de