Knochenszintigraphie

Drewes+Partner

_____
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: _____cm Gewicht: _____kg

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 Infektionskrankheit? ❑ ja ❑ nein
7. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ❑ ja ❑ nein
8. Stillen Sie? ❑ ja ❑ nein

_____
Datum, Unterschrift

Datenschutzerklärung nach DSGVO
Verschiedene gesetzliche Regelungen verlangen eine Einwilligung vor der Übermittlung Ihrer Daten und Gesundheitsdaten.
Einwilligung:
Hiermit willige ich in die Übermittlung meiner Daten und Gesundheitsdaten an den mich überweisenden Arzt und ggf. weitere Empfänger zum Zwecke der weiteren Behandlung ein (Art. 6 Abs. 1 lit a und Art. 9 Abs. 2 lit a DS-GVO). Meine Einwilligungen kann ich jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

_____
Datum, Unterschrift

vom Personal auszufüllen:
Voruntersuchungen: ❑ ja ❑ nein ☐ gescannt _____
Wenn ja, wann und welche Untersuchung: _____