

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine **Schilddrüsen-Szintigraphie** durchgeführt werden. Bei dieser nuklearmedizinischen Untersuchung spritzen wir Ihnen eine schwach radioaktive Substanz in die Armvene. Die Untersuchung liefert wichtige Hinweise auf Funktionsstörungen oder krankhafte Veränderungen der Schilddrüse.

Untersuchungsablauf:

Nach Punktion einer Vene (wie bei der Blutabnahme) erfolgt die Injektion einer schwach radioaktiven Substanz in das Blutsystem. Unter Umständen erfolgt vor der Injektion zusätzlich eine Blutentnahme zur Funktionsbeurteilung der Schilddrüse. Ca. 15 bis 20 Minuten später wird dann die Aufnahme mittels hochempfindlicher Messgeräte (Gammakamera) angefertigt. Die Aufnahmezeit beträgt ca. 10 Minuten.

Komplikationen:

Allergische Reaktionen sind nicht bekannt. Lokale Reaktionen an der Punktionsstelle sind wie bei jeder Blutentnahme oder Injektion möglich, aber selten. Die Strahlenbelastung liegt im Rahmen vergleichbarer Röntgenuntersuchungen. Die Zahl der angefertigten Aufnahmen ist für die Strahlenbelastung ohne Bedeutung!

Bitte unbedingt beachten! Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

- Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, können Sie die Untersuchung von uns eintragen lassen.
- Evtl. müssen vor der Untersuchung SD-Medikamente abgesetzt werden oder über einige Wochen eingenommen werden.
- Sie können wie üblich essen und trinken. Wir empfehlen Ihnen, über den Tagesverlauf ausreichend Flüssigkeit zu trinken, damit die radioaktive Substanz schneller ausgeschieden wird.

Bitte fragen Sie uns, falls Sie etwas nicht verstanden haben oder weitere Informationen möchten, ansonsten bitten wir Sie, den Frage- und Einverständnisbogen auszufüllen.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Bei Bedarf sind wir Ihnen gerne beim Ausfüllen behilflich.

Name, Vorname:

geboren am:

Größe:

Gewicht:

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine der folgenden Untersuchungen?

CT MRT Szintigraphie

Ja Nein

Nehmen Sie zurzeit Schilddrüsen-Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Ja Nein

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht eine Schwangerschaft?

Stillen Sie zur Zeit?

Ja Nein

Ja Nein

Vermerke des/der aufklärenden Arztes/Ärztin:

Bitte wenden →

Mein überweisender Arzt / meine überweisende Ärztin soll Untersuchungsergebnisse erhalten.

Einwilligungserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich (ggf. für den Patienten):

- den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden zu haben sowie die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
- über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen und bin vollumfänglich aufgeklärt.
- mit der Applikation der radioaktiven Substanz durch das med. Assistenzpersonal (MTR, MFA) einverstanden zu sein.
- mir meine Entscheidung gründlich überlegt zu haben. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Untersuchung ein.

Doctolib

Hiermit willige ich ein, dass das Diagnostikum Berlin mich bezüglich meines Termins erinnern darf. Mit meiner Einwilligung willige ich in die Datenverarbeitung meiner Mobilfunknummer oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Terminerinnerung ein. Wir weisen Sie daraufhin, dass wir für die Terminerinnerung Doctolib als Dienstleister einsetzen. Die Einwilligung erfolgt auf Basis von Art. 9 Abs. 2 lit. a) i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a) und 7 DSGVO.

Eine Verarbeitung oder Übermittlung meiner personenbezogener Daten erfolgt nicht zu anderen Zwecken.

Ich erteile **keine** Einwilligung bezüglich des Terminerinnerungsservices

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Meine Einwilligungen zur Übermittlung an meine/n überweisende/n Arzt/Ärztin sowie zum Terminerinnerungsservice kann ich jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen. Mit einem Widerruf nach Art. 7 Abs. 3 der DS-GVO wird der Rechtsgrund der Datenverarbeitung aus der Vergangenheit nicht entzogen. Dieser entfaltet seine Wirkung ausschließlich ab Zugang des Widerrufs in die Zukunft.

Ich bin einverstanden, dass mir **KEINE** Kopie des Aufklärungsbogens ausgehändigt wird.

ja

nein

Datum, Unterschrift Patient*In/Bevollmächtigte*r

Name Bevollmächtigte*r

X

Unterschrift des Arztes/der Ärztin des Diagnostikum Berlin

Von der Praxis auszufüllen:

Bemerkungen:

verabreichte Aktivität: (MBq):

Injektionszeit:

Injektionsort: