



Aufklärungsbogen für nuklearmedizinische Untersuchungen

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Die Nuklearmedizin umfasst diagnostische Untersuchungen, aus denen sich Bilder der Anatomie und der Funktion von Organen ergeben. Die Bilder entstehen, indem die Energie, die von einer dem Patienten verabreichten, schwach radioaktiven Substanz ausgeht, ermittelt wird. Diese Substanz wird in der Regel intravenös verabreicht. Sie sammelt sich in bestimmten Organen und gibt Energie in Form von Gammastrahlen ab. Die Gammakamera registriert die Strahlen und wandelt diese mittels eines Computers in Bilder um.

Anwendungsgebiete

1. Beurteilung von Knochen hinsichtlich Erkennung und Ausbreitung von Tumoren, Erkennung von Frakturen, Entzündungen oder Lockerung von Endoprothesen
2. Kontrolle der Schilddrüsenfunktion
3. Funktion der Nieren
4. Funktionsanalyse und Durchblutung des Herzmuskels
5. Aufnahmen der Lungen im Falle von Blutflussproblemen
6. Lokalisation von Infektionen
7. Diverse Untersuchungen bei Tumorerkrankungen
8. Aufnahmen bei Verdacht auf einen Lymphstau

Untersuchungsvorbereitung:

Im Normalfall ist keine spezielle Vorbereitung nötig.

Vor einer Nierenuntersuchung müssten Sie frühstücken und viel trinken. Bei Einnahme von Blutdruckmedikamenten bitte Ihren Medikamentenplan mitbringen.

Vor der Herzuntersuchung müssten 2 Tage vorher in Absprache mit Ihrem Arzt β -Blocker, Calciumantagonisten und Nitrate abgesetzt werden. Diese Medikamente bitte am Untersuchungstag mitbringen.

Außerdem sollten Sie für die Herzuntersuchung den möglicherweise vorliegenden Herzkatheter- und Belastungs-EKG-Befund mitbringen.

Für die Lungenuntersuchung bitte aktuelle Röntgenaufnahme der Lunge oder des CT mitbringen.

Untersuchungsdurchführung:

In der Regel wird ein Radiopharmazeutikum in die Vene gespritzt. Die Art des verwendeten Radiopharmazeutikums ergibt sich durch den zu untersuchenden Körperteil. Abhängig von der Art der Untersuchung kann es wenige Sekunden oder Stunden dauern, bis die Substanz durch den Körper gegangen ist und sich in dem zu untersuchenden Organ angesammelt hat. Daraus resultiert die Zeitspanne der Untersuchungszeit. Während die Bilder aufgenommen werden, müssen Sie ruhig sitzen oder liegen bleiben.

Risiken der Untersuchung

Im Allgemeinen ist die Strahlung, die auf den Patienten einwirkt, vergleichbar mit der, die sich bei normalen Röntgenuntersuchungen ergibt. Allergische Reaktionen treten in sehr seltenen Einzelfällen auf.

Im Falle einer Schwangerschaft besteht das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes und es sollten nach Möglichkeit andere Untersuchungsverfahren eingesetzt werden (z.B. Ultraschall oder MRT).

Handschriftliche Ergänzungen:**Angaben zu bestehenden Vorerkrankungen**

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt
(z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamente)? **Ja** **Nein**

Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel
Reaktionen auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)? **Ja** **Nein**

Liegt bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten vor:

Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse **Ja** **Nein**

Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) **Ja** **Nein**

Nierenfunktionsstörung **Ja** **Nein**

Wenn ja, bitte genaue Angaben:

Bitte beantworten Sie als Frau auch folgende Fragen:

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? **Ja** **Nein**

Stillen Sie? **Ja** **Nein**

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis am Kulturbahnhof in Kassel zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die erstellten Untersuchungsbefunde an die weiterbehandelnden Ärzte weiterleiten darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. **Ja** **Nein**

Einwilligungserklärung

Über Notwendigkeit, Art, Zweck und Hergang des Eingriffes wurde ich in einer mir verständlichen Form informiert. Alle mir bekannten Leiden, besonderen Reaktionsweisen (Allergien) und Medikamenteneinnahmen habe ich genannt.

Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit meine Einwilligung zu der Untersuchung.

Kassel, den _____
Datum Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer Arzt

Aufklärungsunterlagen

Ich wurde darüber informiert, dass ich nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe.

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens **Ja** **Nein**

Im Falle von „Ja“ bestätige ich eine Kopie erhalten zu haben.

Kassel, den _____
Datum Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer Arzt