

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse/Sondertarif: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Anamnese (wird vom Personal ausgefüllt)	Injektionszeit _____	Aktivität _____
	Injektionsort _____	Nuklid/Kit _____
	Medikation _____	_____
	TSH _____	_____

Entsprechend Ihrer Überweisung ist bei Ihnen eine nuklearmedizinische Untersuchung geplant. Hierfür wird Ihnen eine schwach radioaktive Substanz (in den meisten Fällen in Form einer Injektion) verabreicht. Mittels dieser Substanzen (Radiopharmaka) werden Bilder, sogenannte Szintigramme, des Körpers oder einzelner Organe erstellt. Sie werden nach kurzer Zeit über natürliche Stoffwechselwege wieder ausgeschieden. Die verwendeten Substanzen sind sehr gut verträglich, allergische Reaktionen sind nicht bekannt. Auch wenn die Radioaktivität schnell zerfällt, sollten Sie, um die Strahlenbelastung für unbeteiligte Dritte weiter zu reduzieren, für die nächsten Stunden engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern meiden.

Ihr/e überweisende/r Ärztin/Arzt erhält den Befund nach ca. 4 Tagen. Bei dringenderen Terminen oder anderweitigen Fragen wenden Sie sich bitte direkt an das Personal der nuklearmedizinischen Abteilung.

Wurde bei Ihnen in den letzten 6 Monaten eine CT mit Kontrastmittelgabe durchgeführt?.....  ja  nein

Wurde die heute zu untersuchende Körperregion früher schon einmal untersucht? .....  ja  nein

Wenn ja: Wann? \_\_\_\_\_ In welcher Klinik/Praxis? \_\_\_\_\_

Für unsere Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? .....  ja  nein

Stillen Sie? .....  ja  nein

Einwilligungserklärung: Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung sowie der erforderlichen Injektion einverstanden und wurde über den Ablauf ausreichend aufgeklärt.