

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis und bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.
Zutreffendes bitte ankreuzen. **Bitte behalten Sie den Bogen bis Sie aufgerufen werden.**
Mit den Assistenten können Sie vor der Untersuchung noch offene Fragen besprechen.

| | |
|-------------------------|---|
| Name | Geb.-Dat. |
| Vorname | Telefon |
| Anschrift | |
| Name Ihrer Krankenkasse | <input type="checkbox"/> KVB I-III <input type="checkbox"/> Post B <input type="checkbox"/> KVB IV <input type="checkbox"/> Beihilfe |
| Ihr Hausarzt | |

Wurde **die gleiche Untersuchung** schon einmal durchgeführt? Ja Nein

| | | | |
|-----|-------|---------|----|
| Wo? | Wann? | Gewicht | kg |
|-----|-------|---------|----|

Besteht eine **Schwangerschaft** oder stillen Sie derzeit? Ja Nein
Im ZWEIFEL sprechen Sie mit den Damen an der Anmeldung.

Sind bei Ihnen ansteckende Erkrankungen bekannt (HIV, Hepatitis, MRSA, TBC)? Ja Nein

Welche/r andere Ärztin/Arzt, außer dem Überweisenden, soll den Befundbericht noch erhalten?

Dr.

Bitte erteilen Sie die Erlaubnis, dass die Praxis frühere Befundberichte/Bilder/
Blutwerte von Ihren Ärzten anfordern und einsehen kann: Ja Nein

Bitte geben Sie uns Ihre Zustimmung dazu, dass wir Ihren weiterbehandelnden Ärzten
auf deren Anforderung hin Befunde/Bilder zuschicken können: Ja Nein

Das Einverständnis wird auf unbestimmte Zeit erteilt und kann jederzeit von Ihnen schriftlich widerrufen werden.

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum, Uhrzeit | Unterschrift Patient |

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Unterschrift Arzt | Daten übern.: |

Wünschen Sie dieses Formular als Kopie? Ja Nein

Formularkopie ausgehändigt von

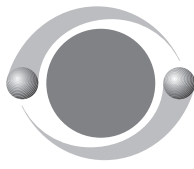
**Sie haben die Erläuterungen zur nuklearmedizinischen Untersuchung auf der Rückseite
gelesen und verstanden, und geben Ihre Einwilligung.** →

Einwilligungserklärung

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

Lörrach,

| | | |
|----------------------|--|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum | Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer | Unterschrift Arzt |



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 Computer in Bilder um.

Untersuchungsvorbereitung

Im Normalfall ist keine spezielle Vorbereitung nötig.

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).



Bitte achten Sie auf Ihre Garderobe, da die Praxis keine Haftung dafür übernimmt.