



Aufklärung und Einwilligung Nuklearmedizin/Sonographie Schilddrüse

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis und bitten Sie, diesen Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen. **Bitte geben Sie mitgebrachte Unterlagen zu Voruntersuchungen an der Anmeldung ab. Sie erhalten diese nach der Untersuchung zurück.**

Mit dem Personal können Sie vor der Untersuchung noch offene Fragen besprechen.

Name, Vorname	Geb.-Dat.
Adresse	
E-Mail	Telefon

Krankenkasse	KVB I-III ☐	KVB IV ☐	Post B ☐	Beihilfe ☐
--------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Hausarzt

Wurde die gleiche Untersuchung schon einmal durchgeführt?	☐ Ja	☐ Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Wo?	Wann?
-----	-------

Körpergröße cm	Körpergewicht kg
-----------------------	-------------------------

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

Ist/war bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt?	☐ Ja	☐ Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, welche?

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 uns die Erlaubnis, dass die Praxis frühere Befundberichte/Bilder/ Laborwerte von Ihren Ärzten anfordern und einsehen darf:	Ja	Nein
--	----	------

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

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

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



Einwilligungserklärung: Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit, nach ausreichender Bedenkzeit,
meine Einwilligung zur geplanten Untersuchung.

Ort, Datum, Uhrzeit	Unterschrift Patient(in) ¹ / gesetzl. Vertreter ²
---------------------	---

Unterschrift Arzt	Daten übern.:
-------------------	---------------

Bei Übersetzung: Name/Unterschrift des Übersetzers
--

Wünschen Sie dieses Formular als Kopie?	☐ Ja	☐ Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Kopie erhalten: Unterschrift Patient(in)
--

Bitte behalten Sie den Bogen bis Sie aufgerufen werden.

¹ Auch Minderjährige oder betreute Erwachsene sollten ergänzend unterschreiben, wenn Sie in der Sache verständig sind.

² Grundsätzlich sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende,
dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.



Aufklärung und Einwilligung Nuklearmedizin/Sonographie Schilddrüse

Sehr geehrte(r) Patient(in),

bei Ihnen soll heute eine nuklearmedizinische Untersuchung durchgeführt werden.
Bitte lesen Sie die Aufklärung sorgsam durch.

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 das zu untersuchende Organ. 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).

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