

Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Name: _____ **Geb. – Datum:** _____

Hausarzt: _____

Patienten-Information

SCHILDDRÜSE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Untersuchung der Schilddrüse mit radioaktiven Substanzen (**Schilddrüsenszintigraphie**) durchgeführt werden. Wir möchten Sie mit dem Untersuchungsablauf vertraut machen und häufig gestellte Fragen schon im Vorfeld beantworten.

Untersuchungsablauf:

1. Ausfüllen des Fragebogens (im Wartezimmer)
2. Sie werden zur Blutentnahme zur Bestimmung der Schilddrüsenhormone im Blut bzw. zur Ultraschalluntersuchung aufgerufen.
3. Wenn erforderlich, wird Ihnen bei der Blutentnahme die radioaktive Untersuchungsflüssigkeit in die Vene gespritzt.
4. Etwa 20-30 Minuten nach dem Einspritzen wird an der sog. „Gamma-Kamera“ eine Aufnahme der Schilddrüse aufgezeichnet.
5. Blutwerte-, Ultraschall- und Szintigramm-Auswertung werden in ca. 1 Woche Ihrem Arzt zugeschickt, sofern der Befund nicht gleich mitgegeben wird.

Häufig gestellte Fragen:

1. **Wie lange dauert die Untersuchung:** Ca. 1 Stunde
2. **Ist die radioaktive Substanz gefährlich:** Nein – Die Strahlung ist sehr gering und ist nach ca. einem Tag aus dem Körper ausgeschieden.
3. Es handelt sich um **kein Kontrastmittel** — Allergien o. Überempfindlichkeiten sind nicht bekannt.
4. **Wann bekommt der überweisende Arzt den Bericht:** sofern dieser nicht sofort mitgegeben wird, in ca. 7 Tagen

Hiermit willige ich, unter Verzicht auf die 24-Stunden – Pflicht zur Aufklärung, in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

Korbach, den _____ Unterschrift: _____

Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Dr. med. Stefan Herrmann Dr. med. H. Bartels Dr. med. Rainer Hoenle

Ärzte für Radiologie

Arzt für Nuklearmedizin

Fragebogen für Patienten

Name: **Geb.Dat.:**

Überweisender Arzt:

Größe: **Gewicht:** **Alter:**

1. Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente oder jodhaltige Medikamente ein? Nein Ja

und zwar
seit.....

2. Ist Ihnen in den letzten 3 Monaten Kontrastmittel in die Vene gespritzt worden? Nein Ja

3. Wurde die Schilddrüse bereits operiert? Nein Ja

und zwar am

4. Besteht ein Druckgefühl im Hals? Nein Ja

5. Schmerzt die Schilddrüse z.B. bei Berührung? Nein Ja

6. Besteht Atemnot / Enge im Hals bei Belastung? Nein Ja

7. Hat sich Ihr Gewicht drastisch geändert? Nein Ja

..... Kilogramm in Monaten

ZU

/

AB

8. Ist Ihnen eher warm Nein Ja oder frieren Sie schnell? Nein Ja

9. Falls zutreffend: Liegt eine Schwangerschaft vor oder stillen Sie noch? Nein Ja

Datum: **Pat.Unterschrift:**

FÜR DEN ARZT:

1. Aktivität volle Spritze: MBq Uhr

SONO **SCAN** **Beratung**

2. Aktivität leere Spritze: MBq Uhr

fT3 **fT4** **TSH**

3. applizierte Aktivität: MBq Uhr

MAK **TRAK** **CALCITONIN**

4. Injektionsstelle:

TG **TG-AK** **Vitamin D**

5. Aufnahmebeginn: Uhr

PTH

6. Liegt ein Paravasat vor? Nein Ja

RI: _____

RI geprüft:

Datum: **Arzt:**

Sonographie:

Mitgeteilte Blutwerte:

TSH:

fT3:

fT4:

Sonstiges: