

## Patientenaufklärung / Dokumentation Skelettszintigraphie

Patientenaufkleber:
---------------------

Radiopharmakon:	
Aktivität:	
Injektionszeit:	
Größe:	Gewicht:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zu einer **Skelettszintigraphie** überwiesen, um eine Erkrankung abzuklären oder auszuschließen oder um einen Therapieerfolg zu überprüfen.

Eine Szintigraphie ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der eine leicht radioaktive Substanz intravenös verabreicht wird, deren Verteilung in den Organen anschließend gemessen wird. Bei der Skelettszintigraphie wird die Verteilung im Knochen beurteilt.

Ihnen wird ein Arzneimittel intravenös verabreicht, welches eine geringe Menge eines **kurzlebigen radioaktiven Isotops** ( $^{99m}\text{Tc}$ ) enthält. Die eigentliche Aufzeichnung erfolgt 2 bis 4 Stunden nach Injektion und wird mit einer Gammakamera durchgeführt.

Die Dauer der Aufzeichnung richtet sich nach der Fragestellung und dauert 30 bis 60 Minuten. Anschließend werden am Computer die Bilder, die von Ihrem Körper aufgezeichnet wurden, bearbeitet und befundet.

### *Vorbereitung*

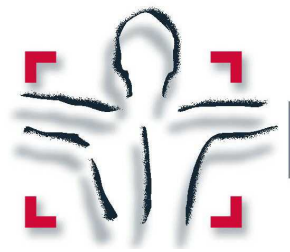
Sie müssen **nicht nüchtern** sein. Sie sollten aber nach der Injektion 1,5 Liter trinken. Mineralwasser stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### *Untersuchung*

Die Kleidung können Sie anbehalten, nur metallische Gegenstände sind abzulegen bzw. aus den Taschen zu nehmen (Gürtel, Münzen, Schlüssel etc.).

Für die Aufzeichnung werden Sie bequem gelagert, da Sie anschließend möglichst ruhig auf dem **Rücken liegen** müssen. Die Untersuchungsliege fährt mit Ihnen langsam durch die recht weite Geräteöffnung. Das Gerät verursacht keine lauten Geräusche.

In manchen Fällen ist es notwendig, eine Aufnahme unmittelbar nach der Injektion durchzuführen, um auch die Durchblutung einer bestimmten Region darzustellen.



**Patientenaufklärung / Dokumentation Skelettszintigraphie**

**Informationen für den Arzt**

- 1) Waren Sie schon einmal zur Szintigraphie? o Nein o Ja  
 Wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_
- 2) Wurde schon einmal Strahlen-/Chemotherapie durchgeführt? o Nein o Ja  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- 3) Wann/welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 4) Sind bei Ihnen Knochenbrüche bekannt? o Nein o Ja  
 Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- 5) Sind Sie in der letzten Zeit gestürzt? o Nein o Ja  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- 6) Haben Sie zur Zeit Skelettbeschwerden? o Nein o Ja  
 Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- 7) Arbeiten Ihre Nieren normal? o Nein o Ja
- 8) Besteht eine Allergie? o Nein o Ja  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 9) Könnten Sie schwanger sein? o Nein o Ja
- 10) Stillen Sie? o Nein o Ja

**Einwilligungserklärung**

- Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.
- Ich bitte nach der Untersuchung um eine Information nach §81, Abs. 2 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).
- Ich verzichte auf eine Information nach §81 Abs. 2 StrlSchV.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes