

NAME

.....

GEB.-DATUM / /

GRÖSSE cm

VORNAME

GEWICHT kg

.....
Handzeichen des behandelnden Arztes

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zur Vorbereitung der Nuklearmedizinischen Untersuchung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Zutreffendes bitte im jeweiligen Kästchen ankreuzen:

1 Wurden Sie hier schon einmal untersucht? In welchem Jahr? **ja** **nein**

.....

8 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche: **ja** **nein**

.....

2 Hatten Sie schon mal eine nuklearmedizinische Untersuchung? **ja** **nein**

3 Haben Sie in den letzten 6 Monaten jodhaltiges Röntgenkontrastmittel erhalten? **ja** **nein**

4 Wurde schon mal eine Strahlen-, Chemo- oder Radiojodtherapie durchgeführt? **ja** **nein**

9 Bitte notieren Sie jetzt alle Ihre **Operationen** (Art, Jahr), Herzinfarkte und Ihre **jetzigen Beschwerden** (Anlass, Ort des Ursprung, Ausstrahlung, Seite):

.....

.....

.....

.....

5 Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z. B. Asthma, Heuschnupfen oder gegen Medikamente) **ja** **nein**

6 Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z. B. Hepatitis, HIV, andere Infektionen) **ja** **nein**

7 Besteht eine Erkrankung der Schilddrüse? Welche Medikamente nehmen Sie: **ja** **nein**

.....

.....

.....

.....

10 Nur Frauen **ja** **nein**
.....
Könnte eine Schwangerschaft bestehen?
.....
Stillen Sie?

FORTSETZUNG NÄCHSTE SEITE (BITTE WENDEN)



Szintigraphische Verfahren, wie das bei Ihnen eingesetzte, werden seit vielen Jahren angewendet. Hierzu werden Ihnen radioaktiv markierte Verbindungen in einer sehr geringen Menge zugeführt. Dieses geschieht in der Regel durch eine intravenöse Injektion. Selten sind andere Zugangswege erforderlich. Die zugeführten Substanzen reichern sich je nach verwendeter Verbindung in bestimmten Organen an und/oder nehmen an deren Funktion teil. Durch die radioaktive Markierung sind wir in der Lage, mit Hilfe hochempfindlicher (Gamma-) Kameras und Computerunterstützung krankhafte Veränderungen von Organen oder Funktionsabläufen abzubilden und zu ana-

lysierten. Eventuelle weitere diagnostische oder therapeutische Verfahren können dann gezielt von Ihrem behandelnden Arzt eingeleitet werden.

Ich habe die Ausführungen gelesen und verstanden. Ich bin mir bewusst, dass durch Notfallpatienten Verzögerungen bei fest vereinbarten Terminen auftreten können und ich keinerlei Schadensersatzansprüche wegen anfallender Wartezeiten geltend machen kann.

Ich bestätige, eine Kopie des Anamnesebogens erhalten zu haben:



.....
Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten