

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind zu einer nuklearmedizinischen Untersuchung der Schilddrüse angemeldet. Die Schilddrüsenszintigraphie wird in der Regel im Rahmen einer ausführlichen Schilddrüsenuntersuchung durchgeführt, zu der neben der genauen Anamneseerhebung, der Tastbefunde, die Bestimmung der Laborparameter der Schilddrüse und der Ultraschall gehören.

Allgemeiner Untersuchungsablauf

Es werden Ihnen radioaktiv markierte Verbindungen in einer sehr geringen Menge zugeführt (für die Schilddrüsenszintigraphie ein schwach strahlendes Präparat; ^{99m}Tc Pertechnetat). Dieses geschieht in der Regel durch eine intravenöse Injektion in die Armvene. Die zugeführten Substanzen reichern sich innerhalb von 20 Minuten in der Schilddrüse an und nehmen dort an den Funktionsabläufen teil. Durch diese radioaktive Markierung sind wir in der Lage, mit Hilfe hochempfindlicher Gammakameras und Computerunterstützung dann krankhafte Veränderungen von Organen oder Funktionsabläufe abzubilden und zu analysieren. Eventuelle weitere diagnostische oder therapeutische Verfahren können dann gezielt von Ihrem behandelnden Arzt eingeleitet werden.

Welche Risiken bestehen

Die Schilddrüsenszintigraphie ist prinzipiell eine ungefährliche Untersuchung. Die sehr geringen verwendeten Mengen von ^{99m}Tc Pertechnetat und ^{123}Jod werden sehr gut vertragen, so dass Nebeneffekte praktisch nicht auftreten. Meist haben auch Patienten,

die allergisch auf Jod reagieren, bei der Untersuchung keine Probleme.

Wie bei jeder Injektion oder auch Blutentnahme kann es an der Einstichstelle zu lokalen Hautreaktionen, Gefäß- und Nervenläsionen kommen. Die Strahlenbelastung ist in der Regel geringer als bei einer konventionellen Röntgenuntersuchung. Wenn Sie einen Röntgenpass besitzen, bitten wir um Vorlage. Falls nicht, können wir Ihnen gerne einen solchen ausstellen.

Was ist zu beachten?

- Keine Einnahme von Ihren Schilddrüsenmedikamente am Untersuchungstag.
- Sollte eine Schwangerschaft bestehen oder gestillt werden, muss uns das vor der Untersuchung mitgeteilt werden.
- Patienten sollten nach einer nuklearmedizinischen Untersuchung engen Körperkontakt zu Kindern meiden.
- Nach der Untersuchung sollten die Patienten viel trinken, um die Strahlenexposition so gering wie möglich zu halten.

**Für die Untersuchung bitten wir Sie,
den folgenden Fragebogen
möglichst genau zu beantworten.**

Bitte wenden!

Vorname / Nachname: _____

Geb.-Datum: _____ Körpergewicht (kg): _____ Körpergröße (m): _____

1. Wegen welcher Beschwerden wird die nuklearmedizinische Untersuchung durchgeführt?

2. Hatten Sie bereits einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung? ja nein

• Wenn ja, wann? _____

• Wo? _____

• Welches Organ? _____

3. Nehmen Sie regelmäßig Schilddrüsenmedikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

4. Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Hatten Sie bereits CT- oder MRT-Untersuchungen? ja nein

• Wenn ja, wo? _____

• Wann? _____

6. Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

7. Haben Sie ansteckende Erkrankungen, z.B. HIV, Hepatitis, TBC? ja nein

8. Für Frauen im gebärfähigen Alter

• Sind Sie schwanger? ja nein

• Stillen Sie? ja nein

9. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei Bedarf Voraufnahmen bei anderen Ärzten eingeholt werden dürfen ja nein

Einwilligungserklärung

Ich versichere sämtliche Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich bin ausführlich über die bevorstehende Untersuchung informiert. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die angeordnete Untersuchung ein. Ich habe die Patienteninformation (Version 2.7.2018) zum Datenschutz gelesen und bin mit allen Punkten einverstanden.

Sofern Sie eine Kopie dieser Unterlage wünschen, dann sprechen Sie bitte unsere Mitarbeiter an.

Northeim, den _____
Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)

Nur vom zuständigen Arzt auszufüllen

Anmerkungen bei z.B. individuellen Risiken und möglichen Komplikationen / Nachteile im Falle einer Ablehnung oder Verschiebung der Untersuchung, spezifische Nebenwirkungen, Alternativen.

Northeim, den _____
Datum

Unterschrift Arzt (Ärztin)