



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Aufklärung zur Schilddrüsenszintigraphie

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Schilddrüsenszintigraphie/Nebenschilddrüsenszintigraphie überwiesen.

Die Schilddrüsenszintigraphie/Nebenschilddrüsenszintigraphie ist ein bildgebendes nuklearmedizinisches Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse/Nebenschilddrüse. Bei der Schilddrüsenszintigraphie/Nebenschilddrüsenszintigraphie wird ein sogenanntes Radiopharmakon in eine Vene (intravenös) verabreicht.

Vor der Untersuchung

Eine spezielle Vorbereitung ist nicht nötig.

Während der Untersuchung

Zur Aufnahme der Bilder nehmen Sie auf der Liege des Untersuchungsgerätes Platz. Für eine gute Bildqualität sollten Sie ruhig und entspannt liegen. Die Untersuchung dauert zwischen 5-20 Minuten und ist schmerzfrei. Ansonsten sind keine weiteren Maßnahmen notwendig.

Risiken einer Schilddrüsenszintigraphie

Die Schilddrüsenszintigraphie/Nebenschilddrüsenszintigraphie ist ein risikoarmes, bildgebendes Verfahren.

An der Einstichstelle des Radiopharmakons kann es in einzelnen Fällen zu Blutergüssen oder Entzündungen kommen, die möglicherweise behandelt werden müssen. In seltenen Fällen kann es zu anhaltenden Schmerzen oder Missempfindungen sowie Narben an der Einstichstelle kommen.

Obwohl die Radiopharmaka meist sehr gut vertragen werden, kann es in Einzelfällen zu Nebenwirkungen kommen:

- selten kann es zu leichten allergischen Reaktionen wie Juckreiz, Hautausschlag, Erbrechen kommen.
- sehr selten sind schwere allergische Reaktionen mit Herz- und Kreislaufversagen, Atemstörungen und dauerhaften Organschäden, die extrem selten auch lebensbedrohlich verlaufen können.

Wir sind auf die Behandlung eventueller auftretender Nebenwirkungen vorbereitet.

Nach der Untersuchung:

Bis zum nächsten Tag nach der Untersuchung sollten Sie engen Kontakt mit Schwangeren und Kindern vermeiden.

Bitte wenden Sie den Bogen und beantworten Sie sorgfältig die Fragen auf der Rückseite.



Beantworten Sie die folgenden Fragen erst, wenn Sie die Vorderseite sorgfältig durchgelesen haben

Name, Vorname: _____ **Geb.-Datum:** _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1. Wurde bei Ihnen früher eine Schilddrüsenszintigraphie durchgeführt? Wann? _____ Wo? _____	ja	nein
2. Wurden bei Ihnen Untersuchungen mit jodhaltigem Kontrastmittel (z.B. CT-Thorax/Abdomen, Angiographien, Herzkatheter) in den letzten 3 Monaten durchgeführt? Wenn ja, wann genau? _____	ja	nein
3. Erfolgte bei Ihnen eine Strahlentherapie im Hals- oder Brustbereich? Wann? _____	ja	nein
4. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?	ja	nein
5. Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? Wenn ja, welche?	ja	nein
6. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? Wenn ja, welche?	ja	nein
7. Nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse ein? Wenn ja, welche?	ja	nein
8. <u>Für Frauen im gebärfähigen Alter:</u> Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	ja	nein
Stillen Sie?	ja	nein

Bitte Unterschrift erst leisten, wenn Sie die Vorderseite gelesen und die anschließenden Fragen beantwortet haben.

Einwilligungserklärung über die bevorstehende nuklearmedizinische Untersuchung:

Ich bin über die Untersuchung ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.
 Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Arztes

Praxisinterne Vermerke

_____ MBq _____ Inj.