

Name:.....

Vorname:.....

Aufklärungsbogen für eine **Skelett-Szintigraphie**

---

**Liebe Patientin, Lieber Patient!**

Sie haben sich zu einer nuklearmedizinischen Untersuchung angemeldet, bei der Ihnen in eine Armvene eine schwach radioaktiv markierte Substanz gespritzt wird. Die Untersuchung ergibt Hinweise auf krankhafte Veränderungen am Skelett-System.

**Untersuchungsablauf:**

Nach Punktion einer Vene (wie beim Blut-Abnehmen) erfolgt die Injektion der schwach radioaktiven Substanz in das Blutsystem. Bereits während der Einspritzung oder - je nach Untersuchung - bis zu 2 Std. später erfolgen dann die Aufnahmen mittels hochempfindlicher Messgeräte (Gamma-Kamera).

**Komplikationen:**

Eine risikolose Untersuchung gibt es in der Medizin kaum. In der Nuklearmedizin werden die verwendeten Substanzen in der Regel so stark verdünnt, dass Nebenwirkungen - auch bei bekannten Allergien auf Jod, Kontrastmittel oder andere Stoffe - nicht zu erwarten sind. Lokale Reaktionen an der Punktionsstelle sind wie bei jeder Blutentnahme oder Injektion möglich, aber selten.

Die Strahlenbelastung liegt in der Regel unter der vergleichbarer Röntgenuntersuchungen. Die Zahl der angefertigten Aufnahmen ist für die Strahlenbelastung ohne Bedeutung!

Zur Verminderung Ihres eigenen Risikos bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Sind in der letzten Zeit bei Ihnen Röntgenuntersuchungen durchgeführt oder radioaktive Stoffe angewandt worden? O nein O ja

Falls ja, bitte Angaben zu Zeitpunkt, Art der Untersuchung und Ort:

.....  
.....

2. **Für Frauen:**

Sind Sie schwanger? O nein O ja

Stillen Sie zurzeit? O nein O ja

**Zu Ihrer Beachtung:**

Da die verwendete Radioaktivität sehr gering ist, sind auch bei hochempfindlichen Messgeräten mitunter lange Aufnahmezeiten nötig. Bitte vermeiden Sie deshalb während der Aufnahme jede Bewegung!

Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, können Sie die Untersuchung an der Annahme eintragen lassen.

Bitte fragen Sie uns, falls Sie etwas nicht verstanden haben oder weitere Informationen möchten.

Über mögliche gesundheitliche Folgen meiner Ablehnung bin ich aufgeklärt.

**Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die vorgeschlagene Untersuchung ein: O nein O ja**

Datum: .....

Unterschrift des Patienten: .....

Vermerke des aufklärenden Arztes: .....  
.....

Datum: .....

Unterschrift des Arztes: .....

-----  
Ich erteile hiermit die Genehmigung, benötigte Aufnahmen und Vorbefunde aus anderen medizinischen Einrichtungen heranzuziehen.

Name: .....

Vorname: .....

Datum: .....

Unterschrift des Patienten: .....

Bemerkungen:.....

Unterschrift:.....