

# Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Name: \_\_\_\_\_ Geb. – Datum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Patienten-Information

## SCHILDDRÜSE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Untersuchung der Schilddrüse mit radioaktiven Substanzen (**Schilddrüsenszintigraphie**) durchgeführt werden. Wir möchten Sie mit dem Untersuchungsablauf vertraut machen und häufig gestellte Fragen schon im Vorfeld beantworten.

### Untersuchungsablauf:

1. Ausfüllen des Fragebogens (im Wartezimmer)
2. Sie werden zur Blutentnahme zur Bestimmung der Schilddrüsenhormone im Blut bzw. zur Ultraschalluntersuchung aufgerufen.
3. Wenn erforderlich, wird Ihnen bei der Blutentnahme die radioaktive Untersuchungsflüssigkeit in die Vene gespritzt.
4. Etwa 20-30 Minuten nach dem Einspritzen wird an der sog. „Gamma-Kamera“ eine Aufnahme der Schilddrüse aufgezeichnet.
5. Blutwerte-, Ultraschall- und Szintigramm-Auswertung werden in ca. 1 Woche Ihrem Arzt zugeschickt, sofern der Befund nicht gleich mitgegeben wird.

### Häufig gestellte Fragen:

1. **Wie lange dauert die Untersuchung:** Ca. 1 Stunde
2. **Ist die radioaktive Substanz gefährlich:** Nein – Die Strahlung ist sehr gering und ist nach ca. einem Tag aus dem Körper ausgeschieden.
3. Es handelt sich um **kein Kontrastmittel** — Allergien o. Überempfindlichkeiten sind nicht bekannt.
4. **Wann bekommt der überweisende Arzt den Bericht:** sofern dieser nicht sofort mitgegeben wird, in ca. 7 Tagen

**Hiermit willige ich, unter Verzicht auf die 24-Stunden – Pflicht zur Aufklärung, in die vorgeschlagene Untersuchung ein.**

Korbach, den \_\_\_\_\_ **Pat. Unterschrift:** \_\_\_\_\_

# Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Dr. med. Stefan Herrmann Dr. med. H. Bartels Dr. med. Rainer Hoenle

Ärzte für Radiologie

Arzt für Nuklearmedizin

Dr.-Hartwig-Str 15, 34497 Korbach

Telefon (05631) 916680

## Fragebogen für Patienten

Name: ..... Geb.Dat.: .....

Überweisender Arzt: .....

1. Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente oder jodhaltige Medikamente ein?  Nein  Ja

und zwar .....  
seit.....

2. Ist Ihnen in den letzten 3 Monaten Kontrastmittel in die Vene gespritzt worden?  Nein  Ja

3. Wurde die Schilddrüse bereits operiert?  Nein  Ja

und zwar am .....

4. Besteht ein Druckgefühl im Hals?  Nein  Ja

5. Schmerzt die Schilddrüse z.B. bei Berührung?  Nein  Ja

6. Besteht Atemnot / Enge im Hals bei Belastung?  Nein  Ja

7. Hat sich Ihr Gewicht drastisch geändert?  Nein  Ja

..... Kilogramm in ..... Monaten  ZU /  AB

8. Wie hoch ist Ihr derzeitiges Körpergewicht? \_\_\_\_\_

9. Ist Ihnen eher warm  Nein  Ja oder frieren Sie schnell?  Nein  Ja

10. Falls zutreffend: Liegt eine Schwangerschaft vor oder stillen Sie noch?  Nein  Ja

Datum:..... Pat. Unterschrift: .....

### FÜR DEN ARZT:

1. Aktivität volle Spritze: ..... MBq ..... Uhr **SONO**  
2. Aktivität leere Spritze: ..... MBq ..... Uhr **SCAN**  
3. applizierte Aktivität: ..... MBq ..... Uhr **TRAK MAK FT3 FT4 TSH**  
4. Injektionsstelle: ..... 5. Aufnahmebeginn: ..... Uhr  
5. Körpergewicht: ..... kg

Datum: ..... Arzt: .....

Sonographie: .....

### Mitgeteilte Blutwerte:

TSH: .....  
fT3: .....  
fT4: .....

### Sonstiges:

.....  
.....  
.....