

BLUTUNGSQUELLEN-SZINTIGRAFIE

Körpergewicht: kg Körpergröße: cm Geburtsdatum: _____

Um Komplikationen zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1. Hatten Sie eine Operation im Bauchraum?
In anderen Regionen?
Welche, wann? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <hr/> | | |
| 2. Hatten Sie eine Strahlentherapie?
Körperstelle? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <hr/> | | |
| 3. Nahmen Sie in den letzten 4 – 6 Wochen Antibiotika? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <hr/> | | |
| 4. Ist eine Allergie bekannt?
Welche? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <hr/> | | |
| 5. Wurde bei Ihnen bereits eine Blutungsquellen-Szintigrafie durchgeführt?
Wann und wo? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <hr/> | | |
| 6. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?
Bitte teilen Sie der Anmeldung sofort mit, wenn Sie schwanger sein könnten oder stillen, denn dies ist ein Ausschlussgrund von der Untersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Am Tag der Untersuchung und am darauffolgenden Tag nicht mit schwangeren Personen und Kleinkindern bis zu drei Jahren in Kontakt kommen.

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe über einen dafür notwendigen Venenzugang zu. Ich bestätige, dass ich den Text gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift PatientIn oder Name/Unterschrift Begleitperson

Unterschrift der aufklärenden Person

INFORMATION

BLUTUNGSQUELLEN-SZINTIGRAFIE

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie sind von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zu einer Blutungsquellen-Szintigrafie zugewiesen worden.

Hierzu einige Informationen:

Wie läuft die Untersuchung ab?

Für die Untersuchung wird Ihnen zuerst ein Röhrchen Blut abgenommen. Im weiteren bekommen Sie eine geringe Menge schwach radioaktiven Stoffes, der bereits mit Ihrem Blut gemischt wurde, in eine Vene gespritzt. Sie werden auf einer Liege vor dem Gerät positioniert und zur Aufnahme zwischen die Kameraköpfe gefahren. Es werden nach der Spritze wiederholt Aufnahmen an der Kamera angefertigt.

In der Zeit zwischen Injektion und Aufnahmen können Sie trinken.

Was ist zu beachten?

Bitte achten Sie auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr und entleeren Sie die Blase öfter. Damit tragen Sie zur Minimierung der Strahlenbelastung bei.

Bitte entfernen Sie vor der Untersuchung Brille, Uhr, größeren Schmuck und alle metallischen Gegenstände (Münzen, Gürtelschnallen ...) aus dem zu untersuchenden Bereich.

Wozu dient Kontrastmittel?

Bei manchen Untersuchungen ist es nötig, Ihnen ein paramagnetisches Kontrastmittel über eine Armvene zu verabreichen. Dies ist zur Darstellung bestimmter Organe und krankhafter Veränderungen erforderlich.

Vorsicht ist bei chronischem Nierenversagen geboten, daher benötigen wir bei erforderlicher Kontrastmittelgabe folgenden aktuellen Laborwert von Ihnen (nicht älter als 1 Monat): **Kreatinin/GFR**.

Gibt es Komplikationen?

In seltenen Fällen kann eine Unverträglichkeitsreaktion ausgelöst werden, die mit den herkömmlichen Allergiemedikamenten behandelt wird. Beschwerden können auch durch die Lagerung oder das ruhige Liegen hervorgerufen werden.

Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht von Fachpersonal.

Wir können Sie sehen und hören, die Untersuchung kann zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden.