

## NEBENSCHILDDRÜSEN-SZINTIGRAFIE

Körpergewicht:                      kg                      Körpergröße:                      cm                      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Um Komplikationen zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Haben Sie Beschwerden im Halsbereich?  ja       nein  
(z. B. Schluckprobleme, Knödelgefühl, Atemnot, Heiserkeit, Schmerzen)
2. Haben Sie eine vergrößerte oder knotige Schilddrüse?  ja       nein
3. Nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse?  ja       nein  
Welche? \_\_\_\_\_
4. Parathormon erhöht?  ja       nein
5. Wurden Sie an der Schilddrüse bereits operiert?  ja       nein
6. Wurde eine Radiojod-Therapie durchgeführt?  ja       nein  
Wann? \_\_\_\_\_
7. Wurde bei Ihnen bereits eine Schilddrüsen-Szintigrafie durchgeführt?  ja       nein  
Wann, wo? \_\_\_\_\_
8. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?  ja       nein  
Bitte teilen Sie der Anmeldung sofort mit, wenn Sie schwanger sein könnten oder stillen, denn dies ist ein Ausschlussgrund von der Untersuchung

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**

# **NEBENSCHILDDRÜSEN-SZINTIGRAFIE**

### **Liebe Patientin, lieber Patient!**

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

### **Hierzu einige Informationen:**

#### **Wie läuft die Untersuchung ab?**

Bei der Nebenschilddrüsen-Szintigrafie wird kein Jod, Kontrastmittel oder Röntgenstrahlen verwendet. Es wird Ihnen eine kleine Menge gering radioaktiv markierte Flüssigkeit in eine Armvene gespritzt. Über der Kopf- und Halsregion sowie Brust wird die Strahlung gemessen und von einem Computer in Bilder umgewandelt.

Die Aufnahme dauert 20 Minuten. Bitte während dieser Zeit ruhig liegen und vor allem den Kopf nicht bewegen.

#### **Was ist zu beachten?**

Am Tag der Untersuchung können Sie normal frühstücken. Alle Medikamente können eingenommen werden. Nach der Untersuchung auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten und die Blase oft entleeren. Damit tragen Sie zur Minimierung der Strahlenbelastung bei.

Wenn Sie zur Untersuchung aufgerufen werden, folgen Sie bitte den Anweisungen der Assistentin.

Bitte entfernen Sie vor der Untersuchung Brille, größeren Halsschmuck und alle metallischen Gegenstände aus dem zu untersuchenden Bereich.

Sie werden auf einer Liege vor dem Gerät positioniert und zur Untersuchung unter den Kamerakopf gefahren. Der Kamerakopf wird knapp über Ihrem Gesicht positioniert. Das Bedienungspersonal ist während der Untersuchung im Aufnahmeraum anwesend. Die Wartezeit zwischen Injektion und Untersuchung beträgt 15 Minuten und ca. 60 Minuten, die Gesamtdauer der Untersuchung ca. 2 Stunden.

#### **Gibt es Komplikationen?**

Die Untersuchung ist für Sie völlig ungefährlich. Es wurden weltweit Millionen Nuklearmedizinische Untersuchungen ohne Neben- und Nachwirkungen durchgeführt.

**Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht von Fachpersonal.**

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