

Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Offenburg	Patientenaufklärung Neben- Schilddrüsenszintigraphie	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Radiologie Team Ortenau
Zentrum für
Nuklearmedizin
 Leitender Arzt:
 Dr. T. Spehl

Sie werden heute eine Untersuchung der Nebenschilddrüsen erhalten. Diese Untersuchung dient zum Nachweis bzw. Ausschluss von sog. Nebenschilddrüsenadenomen, also gutartigen Vergrößerungen der Nebenschilddrüsen, welche durch eine vermehrte Hormonproduktion den Kalziumstoffwechsel krankhaft verändern können. Da die Schilddrüse und Nebenschilddrüse sowohl örtlich als auch funktionell zusammenwirken, werden wir in gleicher Sitzung auch eine Untersuchung der Schilddrüse (Ultraschall, ggf. Labor und Szintigraphie) mit durchführen, sofern diese nicht erst vor kurzem erfolgt ist.

Die Nebenschilddrüsenszintigraphie basiert auf dem Prinzip, dass der sog. Tracer (eine gering radioaktiv markierte Verbindung) sich in den Adenomen lange anreichert, während er von gesundem Gewebe rasch wieder ausgewaschen wird. Wir werden daher unter einer sog. Gamma-Kamera Aufnahmen der Schilddrüse 15, 30, 60 und 120 min nach Injektion des Tracers vornehmen, welche ca. 10 min dauern, diese werden im Liegen durchgeführt. Nach 120 min wird überdies noch eine 20 minütige 3D-Aufnahme des Oberkörpers angefertigt, um sog. ektopes Gewebe aufzufinden. Daher ist mit einem Zeitaufwand von insgesamt ca. 4 h zu rechnen.

Der Tracer selbst wird sehr gut vertragen. Nebenwirkungen sind sehr selten (Schwindel, Hitzegefühl, metallischer Geschmack, Kopfschmerz), und meist nur sehr gering ausgeprägt. Die radioaktive Markierung hat eine kurze Halbwertszeit (6h), am Folgetag der Untersuchung ist diese bereits nahezu vollständig abgeklungen. Die Strahlenexposition für Sie durch die Untersuchung beträgt ca. 4-6 mSv. Wir bitten Sie, am Untersuchungstag aber sicherheitshalber Abstand zu Schwangeren und kleinen Kindern zu halten (1-2m).

RTO Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie NUK.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21

Geltungsbereich:	Formular	RADIOLOGIE TEAM  Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Offenburg	Patientenaufklärung Neben- Schilddrüsenszintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Hatten Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse?

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Besteht bei ihnen eine Allergie? Wenn ja, gegen welche Substanzen:

Ja Nein

Leiden sie unter Nierensteinen:

Ja Nein

Ist ein erhöhter Serum-Parathormon-Spiegel oder Kalzium-Spiegel bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Werte eintragen: _____

Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

RTO Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie NUK.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21 2/3

Geltungsbereich:	Formular	 RADIOLOGIE TEAM Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Offenburg	Patientenaufklärung Neben-Schilddrüsenszintigraphie	

Einwilligung in die Untersuchung:

Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden. Die Bedenkzeit war ausreichend. Meine Fragen diesbezüglich wurden geklärt und ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Die untenstehenden Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin bzw. gesetzl. Vertreter: _____

Unterschrift Arzt: _____

Kopie der Aufklärungsunterlagen/Fragebogen:

Dem Patienten steht es zu, Abschriften von Unterlagen zu erhalten, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung unterzeichnet hat. Dies betrifft zunächst nur die Aufklärungsunterlagen, es geht nicht um eine Kopie des Befundberichtes.

- Ich wünsche eine Kopie *dieses Fragebogens* (nicht der Befundbericht!)
- Ich wünsche keine Kopie *dieses Fragebogens*

Datenschutzhinweis

Bei Ihrer Untersuchung werden im Rahmen der Untersuchung vertrauliche Daten erhoben und gespeichert. Wir halten uns streng an die gesetzlichen Regelungen, insbesondere an das Bundesdatenschutzgesetz und die Datenschutzgrundverordnung. Grundsätzlich übermitteln wir nur dann Daten an Dritte, wenn ein Gesetz dieses erlaubt oder vorschreibt, oder wenn Sie mit dieser Übermittlung einverstanden sind. Ihr behandelnder Arzt hat Sie in unsere Praxis überwiesen, um eine bestimmte Untersuchung durchführen zu lassen. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir daher davon aus, dass Sie zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse, Bilddaten und den Arztbrief Ihrem behandelnden Arzt (postalisch, per Fax, digital) übermitteln. Falls für Ihre Weiterbehandlung medizinisch notwendig, werden wir die Daten ggf. auch an weiterbehandelnde andere Ärzte und/oder Krankenhäuser übermitteln oder Daten und Befunde von entsprechenden Voruntersuchungen zum Vergleich anfordern. Sollte Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies explizit auf diesem Bogen zu vermerken. Der Übermittlung können Sie jederzeit, auch später, widersprechen.

Ablehnung der Untersuchung:

Die Untersuchung wurde nach ausführlicher Aufklärung **abgelehnt**. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde ausführlich informiert.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift Arzt

RTO Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie NUK.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21
		3/3