


Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,


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

Sie werden heute eine Untersuchung der Schilddrüse in unserer Praxis erhalten. Bei manchen Gegebenheiten wird auch ggf. eine Szintigraphie der Schilddrüse erforderlich, insbesondere im Fall einer unklaren Überfunktion, bei Schilddrüsenknoten oder bei unklaren entzündlichen Veränderungen. Die Szintigraphie wird nicht regelhaft durchgeführt, sondern nur falls der behandelnde Arzt diese für notwendig erachtet. Dies wird mit Ihnen entsprechend besprochen werden.

Die Schilddrüsenszintigraphie ist eine unkomplizierte Untersuchung, die in der Regel gut vertragen wird. Als Tracer wird meistens sog. ^{99m}Tc-Perchnetat verwendet, in seltenen Fällen auch ¹²³Jod (z.B. versprengtes Schilddrüsengewebe). Beide Tracer reichern sich abhängig von der Funktion in der Schilddrüse an. Dabei wird der Schilddrüsenstoffwechsel nicht beeinflusst. Selbst eine Jodallergie ist aufgrund der minimal verabreichten Menge kein Problem. Der Tracer wird über eine Vene gespritzt, nach einer kurzen Wartezeit (^{99m}Tc-Perchnetat: 20 min, ¹²³Jod: 2h) werden im Sitzen Aufnahmen der Schilddrüse durch eine kleine Kamera angefertigt, welche vor dem Hals positioniert wird. Falls Sie Schilddrüsenhormon einnehmen (L-Thyroxin) sollte die Einnahme aber 14 Tage vor der Untersuchung pausiert werden.

Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Die Tracer werden über die Nieren wieder ausgeschieden; daher empfehlen wir am Untersuchungstag viel zu trinken. Da eine geringe Strahlenexposition mit der Untersuchung verbunden ist, empfehlen wir Ihnen, Abstand zu Schwangeren und Kleinen Kindern am Untersuchungstag einzuhalten (1-2m). Am Folgetag ist die Strahlung bereits nahezu vollständig abgeklungen. Die Strahlenexposition durch die Untersuchung ist sehr gering (im Durchschnitt 1 mSv).

RTO NUK Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21
		1/3

Geltungsbereich:	Formular	RADIOLOGIE TEAM  Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Hatten Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung der Schilddrüse / Schilddrüsenszintigraphie?

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

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

Ja Nein

Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein


Stillen Sie?

Ja Nein

Notizen:

Bitte geben Sie eine aktuelle Telefonnummer für eventuelle Rückfragen an:

RTO NUK Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21 2/3

Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung 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 NUK Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21
		3/3