


Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.009	 <b>RADIOLOGIE TEAM</b> Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	<b>Patientenaufklärung Neben-Schilddrüsenszintigraphie</b>	


Sehr geehrt\*r Patient\*in,

Heute soll bei Ihnen eine Nebenschilddrüsenszintigraphie durchgeführt werden. Diese Untersuchung dient zum Nachweis bzw. Ausschluss von sog. Nebenschilddrüsenadenomen, also gutartigen Vergrößerungen einer oder mehrerer Nebenschilddrüsen, welche durch eine vermehrte Hormonproduktion (Hyperparathyreoidismus) 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 jeweils 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).

2.1.2.009 Patientenaufklärung Neben-Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 <a href="#">Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023</a>
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.009	 <b>RADIOLOGIE TEAM</b> Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	<b>Patientenaufklärung Neben-</b> <b>Schilddrüsenszintigraphie</b>	

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Größe \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

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

Ja     Nein     weiß nicht

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: \_\_\_\_\_

2.1.2.009 Patientenaufklärung Neben-Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 <a href="#">Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023</a>
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21  2/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.009	<b>RADIOLOGIE TEAM</b>  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	<b>Patientenaufklärung Neben-Schilddrüsenszintigraphie</b>	

### 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*

2.1.2.009 Patientenaufklärung Neben-Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 <a href="#">Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023</a>
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21  3/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.009	 <b>RADIOLOGIE TEAM</b> Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	<b>Patientenaufklärung Neben-Schilddrüsenszintigraphie</b>	

**Datenschutzinformation:**

Sehr geehrte\*r Patient\*in

im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis ist es zwingend erforderlich, personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben und zu verarbeiten. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns dabei sehr wichtig. Gemäß Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie daher über die Verarbeitung Ihrer Daten informieren und um Ihre Einwilligung bitten.

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

**Das Radiologie Team**  
**Klosterstraße 17/1**  
**77933 Lahr/Schwarzwald**  
**Tel: 0781 92560**  
**datenschutz@das-radiologie-team.de**

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zum Zweck der Durchführung radiologischer Untersuchungen sowie zur Erstellung von Befunden und Berichten. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, da die Verarbeitung zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Grundsätzlich werden Ihre Daten nur an Dritte übermittelt, wenn ein Gesetz dies erlaubt bzw. vorschreibt, oder Sie mit dieser Übermittlung einverstanden sind. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir davon aus, dass Sie zur Sicherung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse, Bilddaten und den Arztbrief ihrem behandelnden Arzt (per Post, Fax oder digital) übermitteln. Wenn es für Ihre Behandlung notwendig ist, können wir Ihre Daten an andere Ärzte oder Krankenhäuser weitergeben oder Voruntersuchungen anfordern, um sie zu vergleichen. Sollten Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies explizit uns gegenüber zur Kenntnis zu bringen (schriftlich oder mündlich). Ihre Einwilligung können Sie jederzeit, auch später, widerrufen.

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz haben, kontaktieren Sie bitte unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@das-radiologie-team.de](mailto:datenschutz@das-radiologie-team.de)

**Mit freundlichen Grüßen**  
**Das Radiologie Team**

**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

2.1.2.009 Patientenaufklärung Neben-Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.2023 <a href="#">Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023</a>
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.05.21