


Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.014	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie	

Sehr geehrte*r Patient*in,


Bei Ihnen wird heute eine Szintigraphie der Schilddrüse durchgeführt. Diese Untersuchung dient insbesondere der Ursachensuche im Fall einer unklaren Überfunktion, bei Schilddrüsenknoten oder bei unklaren entzündlichen Veränderungen sowie unklaren Funktionsstörungen. 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 -Pertechnetat verwendet, in seltenen Fällen auch ^{123}Jod (z.B. versprengtes Schilddrüsengewebe). Beide Tracer reichern sich abhängig von der Funktion in der Schilddrüse an. Dabei wird der Schilddrüsenstoffwechsel nicht beeinflusst. Selbst eine bekannte Allergie gegen Jodhaltige Substanzen ist aufgrund der minimal verabreichten Menge kein Problem. Der Tracer wird über eine Vene gespritzt, nach einer kurzen Wartezeit (^{99m}Tc -Pertechnetat: 20 min, ^{123}Jod : 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 1-2 mSv).

Die Szintigraphie ist nur dann adäquat beurteilbar, wenn Ultraschall und aktuelle Laborwerte der Schilddrüse bekannt sind. Deshalb werden diese unabhängig vom Szintigramm stets ergänzend durchgeführt.

2.1.2.014 NUK Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21
		1/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.014	 RADIOLOGIE TEAM Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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

Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, wann: _____

Hatten Sie in den letzten 6 Wochen eine Untersuchung mit Kontrastmittel (Röntgen, CT, Angiographie, Herzkatheter)?

Ja Nein

Wenn ja, was und wann?

Nehmen Sie Jod ein oder waren Sie in letzter Zeit großen Mengen Jod ausgesetzt?

Ja Nein

Wenn ja, was und wann?

Nehmen Sie L-Thyroxin ein?

Ja Nein

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

Ja Nein

Könnten Sie schwanger sein?


Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen an: _____

2.1.2.014 NUK Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21 2/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.014	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	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*

2.1.2.014 NUK Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21 3/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.014	
<input checked="" type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie	

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

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

2.1.2.014 NUK Patientenaufklärung Schilddrüsenszintigraphie.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 08.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21