


Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.015	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Skelettszintigraphie	

Sehr geehrte*r Patient*in,


Bei Ihnen wird heute eine Skelettszintigraphie durchgeführt. Dies ist ein nuklearmedizinisches Verfahren, das zum Ziel hat, den Knochenstoffwechsel bildlich darzustellen, selten wird es auch eingesetzt, um Eiweißablagerungen im Herzmuskel darzustellen (Amyloidose). Die Untersuchung bietet u.a. wertvolle Informationen z.B. bei entzündlichen Veränderungen von Knochen und Gelenken, zur Beurteilung von Prothesen aber auch zur Detektion von Knochenmetastasen bei Krebserkrankungen.

Wir verwenden Verbindungen aus einem Radionuklid (^{99m}Technetium) und einer Phosphatverbindung (sog. HDP). Diese sind sehr gut verträglich, Sie werden durch die Substanz in keiner Weise beeinträchtigt und können normal essen und trinken. Medikamenten-Interaktionen sind nicht bekannt. Allergische Reaktionen sind extrem selten. Sonstige Nebenwirkungen sind nicht zu erwarten. Die Verkehrstüchtigkeit ist nicht beeinträchtigt.

Vor Injektion des Tracers werden Sie Tropfen erhalten die die Aufnahme der Radioaktivität in die Schilddrüse blockieren sollen; dies dient dem Schutz des Organs. Diese können in extrem seltenen Fällen das Blutbild schädigen und zu erhöhter Infektanfälligkeit führen. Die Strahlenbelastung durch das kurzwirksame Nuklid variiert je nach Körpergewicht, beläuft sich aber im Mittel auf 2-5 mSv. Sie können helfen diese zu senken, indem Sie nach der Untersuchung viel trinken und häufig die Blase entleeren.

Die Dauer der Untersuchung beträgt ca. 3-4 h. Je nach Fragestellung werden umgehend nach Injektion bereits Bilder aufgenommen, in jedem Fall werden aber sog. Spätphasen-Bilder nach ca. 3 h benötigt. In der Wartezeit dazwischen können Sie sich in unseren Warteräumen aufhalten oder die Praxis verlassen. Möglicherweise werden im Anschluss noch gezielte Aufnahmen oder ergänzende Röntgen- oder CT-Bilder angefertigt, sofern noch Unklarheiten bestehen.

2.1.2.015 NUK Patientenaufklärung Skelettszintigraphie HDP.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21
		1/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.015	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Skelettszintigraphie	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Haben Sie schon einmal eine nuklearmedizinische Untersuchung erhalten:

Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, was wann: _____

Sind schon einmal Röntgen, MRT oder CT-Aufnahmen durchgeführt worden:

Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, was und wann:

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

Ja Nein

Könnten Sie schwanger sein?


Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Telefonnummer für evtl. Rückfragen: _____

2.1.2.015 NUK Patientenaufklärung Skelettszintigraphie HDP.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21 2/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.015	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Skelettszintigraphie	

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*

2.1.2.015 NUK Patientenaufklärung Skelettszintigraphie HDP.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21 3/4

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.015	
<input type="checkbox"/> Lahr KS <input checked="" type="checkbox"/> OG LS <input type="checkbox"/> OG EB <input type="checkbox"/> WK BDH	Patientenaufklärung Skelettszintigraphie	

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

2.1.2.015 NUK Patientenaufklärung Skelettszintigraphie HDP.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung Dr. T. Spehl, 07.11.2023
Versionsnummer: 2.0 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 12.05.21