

Aufklärungsbogen zur Schilddrüsenuntersuchung



Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr _____,

auf Anforderung Ihres behandelnden Arztes soll bei Ihnen eine Schilddrüsenuntersuchung mittels eines nuklearmedizinischen Verfahrens durchgeführt werden, mit der die regionale Funktion der Schilddrüse dargestellt wird, um hier mögliche mehr- oder minderarbeitende Bereiche, aber auch andere krankhafte Veränderungen entdecken bzw. ausschließen zu können.

Um ein Funktionsbild zu erhalten, bekommen Sie ein schwach radioaktives Medikament in eine Armvene injiziert. Nach einer Wartezeit von einigen Minuten wird dann ein Bild von Ihrer Schilddrüse gemacht. Dazu sitzen vor einem Gerät oder liegen auf der Liege einer sogenannten Gammakamera. Die Aufnahme der Schilddrüse dauert nur einige Minuten.

Eine spezielle Vorbereitung ist in der Regel nicht erforderlich. Sollte in Ihrem Fall ein besonderes Vorgehen erforderlich sein, werden wir dieses mit Ihnen besprechen. Z. B. wenn Sie Schilddrüsenmedikamente einnehmen oder in letzter Zeit ein jodhaltiges Kontrastmittel erhalten haben. Die Schilddrüsenszintigraphie sollte auch nicht unmittelbar nach einer anderen nuklearmedizinischen Untersuchung erfolgen.

Ich wurde über die Untersuchung aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen. Mit der Untersuchung bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Nach ausführlicher Aufklärung lehne ich die Untersuchung ab.

Über die möglichen, sich daraus ergebenden Nachteile wurde ich informiert.

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Unterschrift Ärztin / Arzt

Fragebogen zur Schilddrüsenuntersuchung



Name	_____
Vorname	_____
Geb.-Datum	_____

Straße	_____
PLZ / Ort	_____
Telefon	_____
Krankenkasse	_____

Wir bitten Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Sollten Sie Unterlagen mitgebracht haben, die Ihre Untersuchung betreffen (Vorbefunde, Röntgenbilder etc.), händigen Sie diese bitte dem Praxispersonal aus.

Ihr Gewicht? _____ kg Ihre Körpergröße? _____ cm

1. Wurde die Schilddrüse schon einmal untersucht? [] Ja [] Nein
wann: _____
wo: _____

2. Sind Sie an der Schilddrüse operiert worden? [] Ja [] Nein
wann _____

3. Wurde bereits eine Radiojodtherapie durchgeführt? [] Ja [] Nein
Wann: _____

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? [] Ja [] Nein
Wenn ja, welche, seit wann? _____

5. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Untersuchung mit einem **jodhaltigen Röntgenkontrastmittel** erhalten (z. B. Herzkatheter, Computertomographie, Beinvenendarstellung)? [] Ja [] Nein

6. Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? [] Ja [] Nein
welche (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose) _____

7. Sind Sie schwanger? [] Ja [] Nein

8. Stillen Sie zurzeit? [] Ja [] Nein

9. Welche nuklearmedizinischen Untersuchungen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt? Mit Datum:

Schein: [] Ja [] Nein

Bei fehlendem oder abgelaufenem Überweisungsschein erkläre ich mich bereit, diesen innerhalb von 10 Tagen nachzureichen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Fragebogen zur Schilddrüsenuntersuchung Seite 2



Beschwerden (bitte NUR zutreffendes ankreuzen):

- | | | |
|---------------------------------|-----|--|
| Halsverdickung | [] | |
| Druck- / Kloßgefühl | [] | |
| Enge | [] | |
| Schluckbeschwerden | [] | |
| Luftnot | [] | |
| Heiserkeit | [] | |
| Schmerzen am Hals | [] | |
| Gewichtsabnahme | [] | Wie viel in welchem Zeitraum? _____ kg |
| Gewichtszunahme | [] | Wie viel in welchem Zeitraum? _____ kg |
| Neigung zum Durchfall | [] | Oder Neigung zur Verstopfung [] |
| Vermehrte Wärmeempfindlichkeit | [] | Oder Kälteempfindlichkeit [] |
| Vermehrte Neigung zum Schwitzen | [] | |
| Herzrasen bzw. Herzstolpern | [] | |
| Nervosität / innere Unruhe | [] | |
| Zittern der Hände bzw. Füße | [] | |
| Haarausfall | [] | |
| Schlafstörung / Müdigkeit | [] | |
| Konzentrationsschwäche | [] | |
| Muskelschwäche / -schmerzen | [] | |
| Augen: Jucken, Druckgefühl | [] | |

Ich erkläre mich mit einer nuklearmedizinischen Untersuchung (Szintigraphie) einverstanden. Eine Kopie der Einverständniserklärung kann ich auf Wunsch erhalten.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihr Praxisteam.

Untersuchungsprotokoll (wird von der Praxis ausgefüllt):

[] Szintigraphie

[] TSH

[] ft3, ft4

[] MAK

[] TRAK

[] Calcitonin

[] Thyreoglobulin

Nuklid:	Tc99m	Sm153	Y90	Er169	Re186	J123
Radiopharmakon:	Pertechnetat	MDP	HDP	MAG3	Tetrofosmin	Sestamibi
	LyomAA	Leucoscan	NanoHSA			
Applikation:	intravenös	über Viggo	intraarticular	Inj.-Stelle: re./li.: _____		
Applizierte Dosis:	Zeitpunkt: _____ Uhr, Spritze voll _____ MBq, Spritze leer _____ MBq					
	Zeitpunkt: _____ Uhr, Spritze voll _____ MBq, Spritze leer _____ MBq					
	Gesamt: _____ MBq, Überschreitung aufgrund: _____					