



# Einverständniserklärung Skelett-Szintigraphie

**Nachname, Vorname**

**Geburtsdatum**

**Datum der Untersuchung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bei Ihnen soll eine Skelett-Szintigraphie durchgeführt werden. Dadurch wird der regionale Knochenstoffwechsel untersucht. Sie erhalten eine schwach strahlende radioaktive Substanz in eine Vene injiziert und später wird deren Verteilung im Körper von außen gemessen. Nebenwirkungen oder Allergien wie z. B. bei Röntgenkontrastmittel treten nicht oder äußerst selten auf. Die Strahlenexposition ist nur gering und entspricht etwa der einer Röntgenuntersuchung. Im Gegensatz zu Röntgenaufnahmen ist hier die Strahlenexposition des Patienten unabhängig von der Anzahl der Aufnahmen.

(Wartezeit zwischen Injektion und Untersuchung des Knochenstoffwechsels etwa 2–3 Stunden). Zu diesem Zeitpunkt nehmen Sie bitte im Wartezimmer Platz. Sie werden aufgerufen. Es werden Aufnahmen (Szintigraphie) vom ganzen Körper angefertigt. Dies dauert etwa 20 Minuten. In manchen Fällen sind zusätzliche SPECT-Aufnahmen oder Einzelaufnahmen erforderlich, so dass sich die Untersuchung um weitere 30 Minuten verlängern kann.

## Zu beachten

Eine Stunde nach der Injektion trinken Sie bitte etwa 1 Flasche Wasser. Essen ist gestattet. Bei einigen Patienten sind bereits während oder kurz nach der Injektion erste Aufnahmen – Frühaufnahmen – erforderlich.

**Bitte entleeren Sie vor Beginn der Aufnahme Ihre Blase!**

## Angaben des Patienten

**Haben Sie Schmerzen?**

ja      nein

**Hatten Sie Knochenbrüche?**

ja      nein

**Hatten Sie im letzten Jahr einen Unfall z. B. mit Prellungen?**

ja      nein

## Dauer der Untersuchung

Nach der Aufnahme erfolgen eine Auswertung und gegebenenfalls noch eine Besprechung mit dem behandelnden Arzt. Gegebenenfalls erhalten Sie einen schriftlichen Kurzbefund und Szintigramm-Kopien für den überweisenden Arzt. Die Gesamtdauer der Untersuchung einschließlich Wartezeiten beträgt etwa 3–5 Stunden (Abweichungen durch Zusatzaufnahmen oder Rücksprachen sind möglich).

**Für gebärfähige Frauen, bitte nachfolgend ankreuzen:**

**Eine Schwangerschaft ist ausgeschlossen  
 (z. B. Verhütungsmittel u. a.), ich stille nicht.**

**Eine Schwangerschaft ist nicht ausgeschlossen  
 bzw. ich stille aktuell ein Kind.**

**Eine Schwangerschaft liegt vor.**

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Patienten**