

Aufklärungsbogen Schilddrüsenszintigrafie



Patientenetikett

Die **Schilddrüsenszintigraphie** ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der eine leicht radioaktive Substanz intravenös verabreicht wird, deren Aufnahme und Speicherung gemessen wird. Mittels dieser Szintigraphie wird die Lage, Größe, Form und das Speicherverhalten der Schilddrüse beurteilt. Weiterhin wird die Aufnahmefähigkeit der radioaktiven Substanz Technetium 99m Pertechnetat in der Schilddrüse bestimmt.

Sie erhalten eine geringe Menge eines **kurzlebigen radioaktiven Arzneimittels** intravenös verabreicht. Nach einer Wartezeit von 10-40 Minuten wird die Untersuchung mit einer sogenannten Gammakamera durchgeführt. Dabei sitzen Sie ca. 5 Minuten vor der Messkamera. Während der Untersuchung dürfen Sie normal atmen und schlucken, nur sollten Sie sich nicht bewegen.

Anschließend wird das aufgezeichnete Bild am Computer bearbeitet und durch den Arzt befundet.

Vorbereitung

Zur Untersuchung der Schilddrüse müssen Sie nicht nüchtern sein. Ggf. müssen Sie Ihre **Schilddrüsenmedikamente** je nach Fragestellung und nach Absprache mit Ihrem behandelnden Arzt mindestens **6 Wochen vor der Untersuchung absetzen**.

Bringen Sie bitte Ihre aktuellen Schilddrüsenhormonwerte sowie, wenn vorhanden, einen aktuellen Ultraschallbefund mit. Außerdem müssen sie uns mitteilen, welche Schilddrüsenmedikamente Sie aktuell einnehmen. (Name der Präparates und Dosierung)

Untersuchung

Die Kleidung können Sie anbehalten. Ihren Halsschmuck müssen Sie ablegen. Die Untersuchung erfolgt im Sitzen und dauert 5 Minuten. Das Gerät verursacht dabei keine lauten Geräusche. Ggf. erfolgt ergänzende Diagnostik durch Ultraschall. Auch eine komplette Hormonbestimmung, einschließlich der Autoantikörper, kann nötig sein. Im Anschluss an die Untersuchung wird der Arzt den Befund mit Ihnen besprechen. Nach der Untersuchung sollten Sie reichlich Wasser trinken und die Blase häufig entleeren. Für ca. 4 Stunden meiden Sie bitte engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern, gegenüber anderen Personen sind keine Vorsichtsmaßnahmen nötig. Sie können z.B. Auto fahren, arbeiten oder Ihrem Alltag nachgehen.

Sollten Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an unsere Ärzte oder an die Sie während der Untersuchung begleitende med.-technische Assistentin.

Wir wünschen Ihnen einen erfolgreichen Untersuchungsverlauf.

Ich habe die Ausführungen inhaltlich verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Mit der Durchführung der Untersuchung meiner Schilddrüse am heutigen Tage bin ich einverstanden.

Ich benötige noch Bedenkzeit und bitte um einen neuen Termin

Ort/Datum/Uhrzeit: _____ Unterschrift: _____

Bitte füllen Sie nun den umseitigen Fragebogen aus, herzlichen Dank!



DIAGNOSTIC CENTER DÜSSELDORF – 3 TESLA MRT ZENTRUM
Graf-Adolf-Platz 3
40213 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 37 03 995 E-Mail: info@duesseldorf-mrt.de
Telefax: 0211 / 37 78 02 Internet: www.duesseldorf-mrt.de

RADIOLOGIE DÜSSELDORF
Friedrichstraße 2 (Eckhaus Graf-Adolf-Platz)
40217 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 37 03 97 E-Mail: info@radiologieduesseldorf.de
Telefax: 0211 / 37 78 02 Internet: www.radiologieduesseldorf.de

ÄRZTE
Dr. May
Dr. Rausch
Dr. Strecker
Dr. Bartel

Fragebogen zur Schilddrüsenszintigrafie

Wurden Sie schon einmal an der Schilddrüse operiert ?

Ja, und zwar im Jahre _____ bei _____ Nein

Wurde bei Ihnen eine Radiojodtherapie oder eine Bestrahlung durchgeführt ?

Ja, und zwar im Jahre _____ bei _____ Nein

Nehmen Sie Medikamente ein (insbesondere Schilddrüsen-, Herz- oder Lithiumpräparate)

Ja (Name, Dosis) _____ Nein

Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft ? Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes mellitus ? Ja Nein

Ihre jetzigen Beschwerden: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich habe keine Beschwerden.		<input type="checkbox"/>
Nervosität, innere Unruhe <input type="checkbox"/>	Müdigkeit, Antriebsarmut <input type="checkbox"/>	
Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme <input type="checkbox"/>	
Wärmeempfindlich, oft schwitzend, rosige warme Haut <input type="checkbox"/>	Kälteempfindlich, oft frierend <input type="checkbox"/>	
Trockene Haut <input type="checkbox"/>	Haarausfall <input type="checkbox"/>	
Trockenes, brüchiges Haar <input type="checkbox"/>	Pulsbeschleunigung <input type="checkbox"/>	
Langsamer Puls <input type="checkbox"/>	Handzittern, Tremor <input type="checkbox"/>	
Verwaschene, langsame Sprache <input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden <input type="checkbox"/>	
Enge am Hals <input type="checkbox"/>	Atembeschwerden <input type="checkbox"/>	
Heiserkeit <input type="checkbox"/>	Augenreizung, Sehstörung <input type="checkbox"/>	

Sonstige: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Letzte Röntgen-/CT-Untersuchungen am _____ und zwar _____

Wurde dabei ein Röntgenkontrastmittel gespritzt ? Ja Nein