

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen wird eine Intervention in Form einer Szintigrafie vorgenommen. Dabei werden radioaktiv markierte Stoffe in den Körper eingebracht, die sich im zu untersuchenden Zielorgan anreichern und anschliessend mit einer speziellen Kamera, von der die abgegebene Strahlung aufgefangen wird, sichtbar gemacht werden können. An dieser Stelle möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung und eventuelle Risiken aufklären.

#### **Ablauf**

- Ihnen wird ein schwach radioaktives Mittel (Technetium, Tc99m) in die Armvene verabreicht. Dieses Mittel wird über den Urin ausgeschieden und ist üblicherweise innerhalb von 24 Stunden praktisch vollständig aus dem Körper verschwunden.
- Je nach Untersuchungstyp der Szintigraphie erfolgt die Aufnahme mit der Kamera sofort im Anschluss an die Injektion und/oder nach einer Wartezeit von 2 bis 4 Stunden. Die jeweilige Wartezeit muss **nicht** im Institut verbracht werden.

Während den Wartezeiten vermeiden Sie bitte längeren Kontakt zu Kleinkindern oder schwangeren Frauen.

Diese Behandlung gilt als schmerzfrei.

#### **Verhalten nach der Untersuchung**

Am Tag der Untersuchung sollten Sie länger andauernden, engen Kontakt zu Kleinkindern und Schwangeren vermeiden.

Stillende Frauen sollten eine Stillpause während 48 Stunden einhalten.

Nach der Untersuchung können Sie uneingeschränkt allen Tätigkeiten nachgehen.

Bitte nehmen Sie am Tag der Untersuchung ausreichend Flüssigkeit zu sich und lassen Sie häufig Wasser.

Damit wird die Ausschwemmung der Substanz verbessert und die Strahlenbelastung verringert.

Falls Sie am Tag nach der Untersuchung etwas Ungewöhnliches feststellen, kontaktieren Sie uns bitte umgehend.

#### **Risiken**

- Strahlenbelastung: Die Belastung durch diese Untersuchung entspricht etwa dem 1.3-fachen der natürlichen, jährlichen Strahlenexposition.
- Es können allergische Reaktionen auf verwendete Produkte auftreten, welche aber sehr selten beobachtet werden.
- Bei schwangeren oder stillenden Frauen sollte die Untersuchung nach Möglichkeit vermieden werden.

Um diesen Risiken und allfälligen weiteren Kontraindikationen vorzubeugen, bitten wir Sie um Beantwortung die Sicherheitsfragebogen.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Name : _____	Geburtsdatum : <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value=" / "/>
Vorname: _____	Gewicht : <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value=" "/> kg
	Grösse : <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value=" "/> cm

	JA	NEIN
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Allergien oder Asthma? Wenn ja, an welchen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz ? Wenn ja, an welcher? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Frauen:</b>		
Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen/weitere Informationen? _____ _____ _____		
<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information der Untersuchung gelesen habe und diesen Fragebogen verstanden und richtig beantwortet habe, und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass Affidea bei Bedarf frühere Berichte oder Untersuchungsergebnisse anfordern kann, um sich ein besseres Bild von meinem Fall machen zu können.</p>		
Unterschrift des Patienten: _____	Datum : <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value=" / "/>	