

PATIENTENAUFKLÄRUNG

NEBENSCHILDDRÜSENSZINTIGRAPHIE


Name:

Geburtsdatum:

- Diese Untersuchung wird insbesondere zur Lokalisationsdiagnostik von vermehrt Nebenschilddrüsenhormon produzierendem Gewebe bei erhöhtem Nebenschilddrüsenhormonspiegel im Blut eingesetzt.
- Zur Durchführung wird Ihnen eine radioaktiv markierte Substanz mit einer Halbwertszeit von 6 h in die Vene verabreicht. Diese reichert sich in den krankhaft veränderten Nebenschilddrüsen vermehrt an. 1 h später erfolgen die Aufnahmen der Halsregion und auch des Brustbereiches mit einer Dauer von ca. 25 min.
- Die Strahlenbelastung ist NICHT höher als bei radiologischen Untersuchungen!
- An der Einstichstelle kann es zu Nachblutungen und in seltenen Fällen zu einem Bluterguss kommen.

Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin NICHT schwanger: (Bitte ankreuzen!)

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen und verstanden habe. Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

 <p>Unterschrift der Patientin/des Patienten und/oder des gesetzlichen Vertreters</p>	<p>Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes</p>
<p>Datum/Uhrzeit</p>	<p>Name und Unterschrift der/des MTD</p>

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem Sie betreuenden medizinisch-technischen Fachpersonal zu übergeben.

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch