

**PATEINTENAUFKLÄRUNG**  
**SCHILDDRÜSENSZINTIGRAPHIE**


Name: .....

Geburtsdatum .....

- Eine **Szintigrafie** (Funktionsbild der Schilddrüse) wird vom behandelten Arzt bei Notwendigkeit angeordnet.
- Sie dient zur genaueren Abklärung von **verschiedenen Schilddrüsenerkrankungen**
- Dabei wird eine **schwach radioaktive Substanz** (Tc99m) mit einer physikalischen Halbwertszeit von 6 h in die Vene injiziert und nach ca.15-20min ein Stoffwechselbild durchgeführt (Dauer 5min)!.Das Mittel wird nicht verstoffwechselt, und reichert sich nur kurzzeitig in der Schilddrüse an. Die Strahlenbelastung ist NICHT höher als bei radiologischen Untersuchungen!
- Die Verabreichung erfolgt während der Blutabnahme. An der Einstichstelle kann es daher wie bei dieser zu Nachblutungen und in seltenen Fällen zu einem Bluterguss kommen.
- **Die gesamte Untersuchungsdauer beträgt ca. 40min**
- Nach Injektion der schwach radioaktiven Substanz (Szintigrafie) viel trinken um das Ausscheiden zu beschleunigen.

**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.

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

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

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch