

Aufklärungsbogen Schilddrüsenszintigrafie

Name Vorname

Straße PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon

Beruf

überweisender Arzt



Informationen zur Schilddrüsenszintigrafie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Schilddrüsenszintigrafie ist eine bewährte nuklearmedizinische Untersuchung. Sie erfordert lediglich eine ganz geringe Menge der radioaktiven Substanz. Von dieser geht keine Gefahr für die Gesundheit aus. Die Untersuchung dauert ca. 15 Minuten.

Für eine aussagekräftige Diagnose benötigen wir eine Reihe von Informationen und bitten Sie um Beantwortung folgender Fragen.

| | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie Beschwerden im Halsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |
| Haben Sie eine vergrößerte oder knotige Schilddrüse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, ist bekannt seit wann? | | |
| Ist bei einem Familienmitglied eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |
| Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann zum 1. Mal? | | |
| Wo? | | |
| Wann zuletzt? | | |
| Wo? | | |
| Gab es eine Behandlung | | |
| – durch Op.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann? | | |
| – mit Radiojod? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann? | | |
| – mit Medikamenten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |
| Dosis von | | |
| bis | | |

ja nein

Wenn Sie an folgenden Beschwerden leiden, geben Sie bitte an, seit wann das der Fall ist (Wochen, Monate, Jahre, schon immer?)

Haben Sie an Körpergewicht zu- oder abgenommen?

Wenn ja, wieviel kg Zeitraum

Neigen Sie ständig zu schwitzen?

Wenn ja, seit wann?

Sind Sie in den letzten Wochen/Monaten innerlich unruhiger geworden?

Wenn ja, seit wann?

Haben Sie gelegentlich auftretendes Herzjagen?

Wenn ja, seit wann?

Sind sie eher wärmeempfindlich?

Wenn ja, seit wann?

Haben Sie Beschwerden an den Augen?

(z.B. Augentränen, geschwollene Lider, verschwommenes Sehen, Doppelbilder, hervortretende Augen, Augenjucken, Sonstiges?)

Ist in den letzten Monaten Ihre Haut trockener geworden?

Wenn ja, seit wann?

Sind Sie in den letzten Monaten zunehmend träger geworden?

Sind Sie müder, langsamer geworden? Wenn ja, seit wann?

Frieren Sie leicht an Händen und Füßen?

Besteht eine Schwangerschaft?

Geben Sie weitere Beschwerden an, an denen Sie leiden:

.....
.....

Gab es vorangegangene computertomographische Untersuchungen mit Kontrastmittel in den letzten 6 Wochen?

Gab es frühere nuklearmedizinische Untersuchungen mit radioaktiven Substanzen?

Wurde früher eine Strahlentherapie durchgeführt?

Wenn ja, auf Grund welcher Beschwerden?

Gab es frühere Behandlung mit radioaktiven Substanzen?

Datum

Unterschrift

Interne Vermerke (Untersuchungsdaten für SD-Szintigraphie mit Tc99m)

Datum der Untersuchung Applikationszeit

Applizierte Aktivität

Leerwert Spritze Leerwert Messung MTRA

