

<b>Internuk Panschwitz</b>	<b>Formblatt</b>			
	Fragebogen Skelettszintigraphie			
	DokNr: NFB007	Version 08	Gültig ab 14.12.22	Seite 1 von 1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bei Ihnen soll eine Skelettuntersuchung stattfinden. Zur Klärung Ihres Krankheitsbildes werden wir heute eine Szintigraphie Ihres Skelettes durchführen. Bei der Szintigraphie spritzen wir Ihnen eine gering radioaktiv markierte Substanz in die Vene. Zwei Stunden (bei einigen Krankheitsbilder wird gleich nach der Injektion eine zusätzliche Aufnahme erstellt) später erstellen wir an der Gamma-kamera ein Funktionsbild des Skelettes (Dauer 20 Minuten).  
Die Substanz wird später über die Nieren Ihren Körper verlassen. Trinken Sie heute ausreichend. Die Untersuchung hat keine Nebenwirkungen (auch nicht bei Nierenfunktionsstörungen oder Dialyse-Pat.). Sie müssen nichts beachten.

**Bitte zutreffendes ankreuzen!**

**Name/Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

**Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gew.:** \_\_\_\_\_

1. Waren Sie schon einmal in unserer Praxis? Wenn ja, wann und weswegen? ja  / nein
2. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär in einem Krankenhaus behandelt? ja  / nein   
Wenn ja, warum und im welchen Krankenhaus?
3. Sind Sie am Knochen operiert worden? Wenn ja, wann und was wurde operiert, Knie- und Hüftprothesen, Knie- und Schultergelenkspiegelungen, Wirbelsäulen-OP? ja  / nein
4. Tumoranamnese: ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt? ja  / nein   
Wenn ja, **welcher und seit wann?** ja  / nein   
Welche Therapien wurden gemacht: OP ja  / nein   
Chemotherapie ja  / nein   
Bestrahlung ja  / nein
5. Haben Sie Schmerzen in den Knochen/Gelenke? Wenn ja, wo/ welche Seite? ja  / nein   
Besteht der Verdacht auf Rheuma? ja  / nein
6. OP's am Knochen? Wann & wo bzw. welche Seite? ja  / nein   
Stürze? Wann? Was tut weh? ja  / nein   
Frakturen (Brüche)? Wann? Wo? Welche Seite? ja  / nein
7. Nehmen sie regelm. Medikamente ein, insbesondere Schmerzmedikamente? ja  / nein   
Medikamente: \_\_\_\_\_
- Bei Frauen:* Besteht eine Schwangerschaft? ja  / nein   
Stillen Sie? ja  / nein

Über den Ablauf und Zweck der Untersuchung bin ich ausreichend aufgeklärt worden.

Bin mit der Untersuchung: **Einverstanden**

Nicht einverstanden

Datum: \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt/Mitarbeiter: \_\_\_\_\_