

Internuk Panschwitz	Formblatt		
	Fragebogen DATSCAN		
	DokNr: NFB053	Version 01	Gültig ab 07.09.2022

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen soll eine DATSCAN-Untersuchung zur Klärung Ihres Krankheitsbildes erfolgen.
Eine halbe Stunde vor der Untersuchung bekommen Sie oral 40 Tropf. Irenat zum Schutz der
Schilddrüse.
Bei der Szintigraphie spritzen wir Ihnen eine gering radioaktiv markierte Substanz in die Vene. 3 – 4
Stunden später erstellen wir an der Gammakamera ein Bild der Nervenverbindungen im Gehirnes
(Dauer 45 Minuten).

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Vor- und Zuname:

Geb.-Datum:

Telefon-Nr.:

Email:

Größe:

Gew.:

Waren Sie schon einmal in unserer Praxis oder einer anderen nuklear-
medizinischen Praxis? Evtl. in welcher Praxis

ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja nein

Name des Medikamentes, Dosierung:

Wurde bei Ihnen bereits ein DATSCAN durchgeführt?

ja nein

Wenn ja: wo und wann?

Sind bei Ihnen Voruntersuchungen beim Neurologen erfolgt?

ja nein

z. B. Riechtest, L-Dopa-Provokationstest?

Sind bei Ihnen bereits bildgebende Verfahren zur Abklärung von zerebrovaskulären
Erkrankungen erfolgt MRT? CT? Sonographie?

ja nein

Sind Vorerkrankungen bekannt? Neurologische Erkrankungen,
Bewegungsstörungen?

ja nein

Erstes Auftreten der Symptome?

Welche Seite ist betroffen?

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

Bin mit der Untersuchung: **Einverstanden**

Nicht einverstanden

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift Arzt/Mitarbeiter: