

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_

**Die Untersuchung ist am:** \_\_\_\_\_

**um:** \_\_\_\_\_ **Uhr**

Institut für Nuklearmedizin  
Hellersdorfer Straße 237  
12627 Berlin

Dr. med. Bert Schönsee  
Dr. med. Nasser Al-Khadri

Telefon 030 - 993 91 86  
Telefax 030 - 992 763 96

E-Mail  
info@nuklearmedizinberlin.de

## **Ihren Termin, falls nötig, spätestens 24 Std. vor der Untersuchung absagen!**

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? O Ja / O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Asthma? O Ja / O Nein

Nehmen Sie Blutverdünner ein?  
(z.B. Xarelto, Plavix, Falithrom, ASS etc.) O Ja / O Nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine Infektionskrankheit?  
(z.B. HIV, Hepatitis, Tbc) O Ja / O Nein

Besteht bei Ihnen eine Stoffwechselerkrankung?  
(z.B. Zuckerkrankheit, Gicht) O Ja / O Nein

Besteht oder bestand bei Ihnen jemals eine Tumor-/ Krebserkrankung? O Ja / O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wenn ja, wurde eine Strahlentherapie bzw. Chemotherapie durchgeführt? O Ja / O Nein

Befinden sich Implantate in ihrem Körper?  
(z.B. künstliche Gelenke, Nägel, Schrauben, Herzschrittmacher) O Ja / O Nein

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Verletzungen am Knochen erlitten? O Ja / O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Über die Einzelheiten der geplanten Untersuchung bin ich im Gespräch informiert worden.**

**Ich fühle mich ausreichend informiert.**

**Der für die Untersuchung notwendigen Gabe des radioaktiven Arzneimittels stimme ich zu.**

**Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
**Datum / Unterschrift**

## Untersuchungsablauf Entzündungsszintigraphie

Sie müssen für die Untersuchung **nicht** nüchtern sein!  
Ihre Medikamente können Sie wie gewohnt einnehmen!

### Mitzubringen ist:

1 Liter zu trinken

### Ablauf:

Ein radioaktives Arzneimittel wird in die Armvene gespritzt.  
Das Arzneimittel reichert sich vorübergehend u.a. im Knochenmark an und sendet Strahlen aus, die von einer Gammakamera als Bild aufgenommen werden. Dabei entstehen zwei- und dreidimensionale Bilder.

Dabei werden sofort und nach ca. 3 - 4 Stunden Bilder aufgenommen.  
Nach den ersten Aufnahmen müssen Sie noch für ca. 30 Minuten in der Praxis bleiben, können aber für die restliche Wartezeit die Praxis auch gerne verlassen.  
Während der 3-4 Stunden Pause müssen sie ca. 1 Liter trinken.

Die Untersuchung selbst ist nicht schmerzhaft. Sie liegen nicht in einer „Röhre“.  
Während der Untersuchung liegen Sie unbedingt still, wir werden Sie so bequem wie möglich lagern.

Nach der Untersuchung können Sie sich wie gewohnt verhalten und z.B. auch zur Arbeit gehen.

Am Tag der Untersuchung wird Ihnen selbstverständlich alles nochmal genau erklärt.  
Sollten während der Untersuchung Fragen oder Probleme auftauchen, sprechen Sie uns gerne an!  
Während der Untersuchung sind Sie nie alleine im Raum!

Die gesamte Untersuchung, einschließlich Pause, dauert ca. 5-6 Stunden.

Ihr Praxisteam