

Patienten-Information: Knochen-Szintigraphie

Patient
Geburtsdatum
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ziel der Untersuchung

Bei der Knochen-Szintigraphie handelt es sich um Stoffwechselbilder der knöchernen Umbauvorgänge.

Diese Untersuchung kann unter anderem bei folgenden Fragestellungen angezeigt sein:

- **Entzündliche Knochen- und Gelenkserkrankungen** (z.B. Osteomyelitis, Polyarthritits, Psoriasis), M. Sudek
- **Lockerung eines künstlichen Gelenks** (TEP-Lockerung)
- **Knochenbrüche oder -prellungen** (auch Ermüdungsbrüche)
- **Knochenmetastasen** (z.B. bei Mamma-Ca, Prostata-Ca)

Ablauf der Untersuchung

Die radioaktive Substanz wird über einen venösen Zugang injiziert. Die Substanz wird über mehrere Stunden langsam im Skelettsystem angereichert und über die Nieren wieder ausgeschieden. Während dieser Einwirkzeit sollen Sie bitte mindestens 1 Liter Mineralwasser trinken und häufig die Harnblase entleeren. Dadurch wird die Aufnahmequalität verbessert. Mineralwasser ist in der Praxis ausreichend vorhanden.

Die Aufnahmen werden im Liegen durchgeführt. Sie erfolgen mit einer großen Kamera, die über Ihren ganzen Körper fährt.

Nebenwirkungen

Die Strahlenbelastung ist vergleichbar mit einer Computertomographie. Die verwendete Substanz wird sehr gut vertragen, allergische Reaktionen sind nicht bekannt. Die verwendete Substanz ist kein Röntgenkontrastmittel, wie z.B. üblicherweise in der Radiologie verwendet.

Vorbereitungen

Planen Sie für die Untersuchung insgesamt ca. 4 Stunden ein.

Fragen

1. Wo haben Sie Knochen- bzw. Gelenkschmerzen?

2. Hatten Sie in den letzten Monaten einen Unfall? Sind Sie gestürzt?

nein ja Wann? _____

Fortsetzung

3. Wurde bei Ihnen in der letzten Zeit eine Röntgenuntersuchung eines Knochens/Gelenks durchgeführt?
 nein ja Wo? _____
4. Sind Sie an einem Knochen/Gelenks schon einmal operiert worden?
 nein ja Wann? _____
5. Haben Sie bösartige Erkrankungen, z.B. Krebs?
 nein ja Welche? _____
6. Haben Sie Hauterkrankungen, z.B. Schuppenflechte (Psoriasis)?
 nein ja
7. Wurde schon einmal eine Knochen-Szintigraphie bei Ihnen durchgeführt?
 nein ja Wann? _____
8. Ist bei Ihnen eine Osteoporose (Knochenschwund) diagnostiziert?
 nein ja
9. Haben Sie ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS)?
 nein ja
10. Werden Sie wegen Gelenkrheuma behandelt?
 nein ja
11. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?
 nein ja
12. Stillen Sie zur Zeit?
 nein ja

Einwilligungserklärungen

- Ich habe die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.
Hiermit willige ich in die nuklearmedizinische Untersuchung ein.
- Hiermit willige ich ein, dass der überweisende Arzt Zugriff auf meine Bilder und Befunde erhält.
Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass den von mir zu einem späteren Zeitpunkt beauftragten Ärzten meine Befunde und Bilder übermittelt werden dürfen.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigten / Sorgeberechtigten*

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.