

NUKLEARMEDIZIN

Einverständniserklärung zur nuklearmedizinischen Gelenktherapie (Radiosynoviorthese)

Patient

Geburtsdatum

Gelenk(e) _____

Termin: _____

Gelenk(e) _____

Termin: _____

Diagnose/Grund der Therapie: Entzündung der Gelenkinnenhaut mit rezidivierender Ergussbildung.

Unerwünschte Wirkungen/Risiken: ausführliche Darstellung siehe umseitige Patienteninformation

Gesprächnotizen:

- Therapie **nur der entzündlichen Komponente** (Synovialitis), **keine Behandlung von Knorpel-/Knochenverschleiß**.
- **Wirkeintritt** nach 4-8 Wochen, zunächst auch Verschlimmerung der Symptomatik für einige Tage, erst nach 3-4 Monaten kann der Therapieerfolg abschließend beurteilt werden.
- Bei **massiver Verdickung der Gelenkinnenhaut ggf. zweite Therapie** nach 3-4 Monaten **nötig**.
- **Ruhigstellen** des Gelenkes für etwa 2 Tage: vorsichtige Belastung: Ja, Bewegen des Gelenkes: Nein
Bei Gelenken der Beine: WC-Gang mit Unterarmgehstützen
- **Risiken: Infektion** (sehr selten, da Injektion eines Betastrahlers) und **Gewebsuntergang** durch Injektion neben das Gelenk (selten), pathologische **Verbindung der Gelenkhöhle zu angrenzenden Sehenscheiden** (sehr selten), **Thrombosen**
- **Nebenwirkungen:** (selten) Erwärmung und „Pochen“ des Gelenkes → umgehende **Wiedervorstellung**
- **Nur bei Einnahme von Marcumar:** Der **INR-Wert** sollte am Therapietag < 2,0 betragen
- **Nachsorge** nach 3-4 Monaten durch Überweiser, ggf. nuklearmedizinische Kontrolle inklusive Skelettszintigraphie.

Vorbereitung:

- Planen Sie für die Behandlung an einem Donnerstag oder Freitag ca. 2 Stunden ein.
- Bitte tragen Sie an den Behandlungstagen wegen der Verbände weite Kleidung.
- Sie müssen nicht nüchtern sein. Ihre Medikamente nehmen Sie wie gewohnt ein.
- **Anmerkung:** Die Radiosynoviorthese wird als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in vollem Umfang übernommen, die Kosten der verwendeten Substanzen sind jedoch sehr hoch. Sollten Sie zu dem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir **dringend um rechtzeitige Terminabsage**. Die für Sie bestellte Substanz können wir **nur bis Freitag der Vorwoche 10 Uhr** abbestellen.

Einwilligungserklärungen



Ich wurde über den Nutzen und die Risiken der geplanten Maßnahme aufgeklärt und bin mit ihrer Durchführung einverstanden. Ich hatte Gelegenheit, ausführlich Fragen zu stellen, die mir vollständig und verständlich beantwortet wurden. Die umseitige Patienteninformation habe ich erhalten. Die wichtige Nachsorge lasse ich durchführen. Eine Schwangerschaft oder eine Kontrastmittel-Allergie bestehen bei mir nicht.

Datenschutzerklärung

Der Radiologie Vechta Ärztepartnerschaft ist der Schutz Ihrer persönlichen Patientendaten sehr wichtig. Wir beachten die geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie das Patientengeheimnis. Für eine Weitergabe Ihrer Daten an die von Ihnen beauftragten, behandelnden Ärzte bitten wir Sie um Ihre Einwilligungserklärung:



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.

Schweigepflichtserklärung (DS-GVO §83)



Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologie Vechta die bei meinem Hausarzt/Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde soweit diese für meine Untersuchungen erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Radiologie Vechta, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarzt/Facharztes zu erhalten.

 Datum

 Unterschrift der Patientin / des Patienten

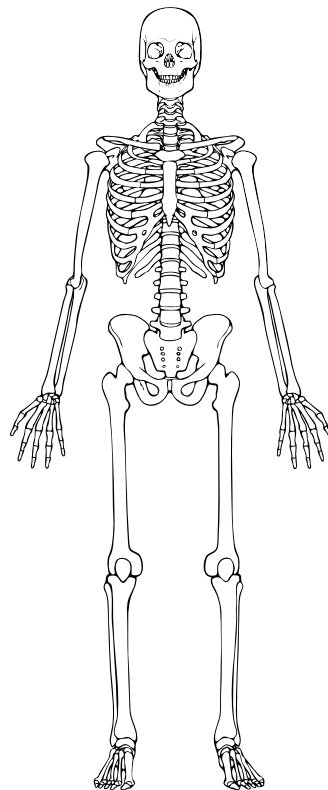
 Unterschrift des Arztes

BITTE WENDEN!

Gelenkoperationen _____

Medikation _____

Klinik + Szintigramm:



Rechts

DSG
MCP5 MCP4 MCP3 MCP2 DSG
PIP5 PIP4 PIP3 PIP2 IP
DIP5 DIP4 DIP3 DIP2

Links

DSG
DGG MCP2 MCP3 MCP4 MCP5
IP PIP2 PIP3 PIP4 PIP5
DIP2 DIP3 DIP4 DIP5

OSG OSG
USG USG
MTP 5 4 3 2 1 MTP 5 4 3 2 1

OSG OSG
USG USG
MTP 5 4 3 2 1 MTP 5 4 3 2 1

Sonographie:

Gelenksonographie	Erguss	Synovialhypertrophie	Bakerzyste
Rechtes Knie			
Linkes Knie			
Andere Gelenke			

RSO indiziert für folgende Gelenke: _____

RSO geplant am: _____

Unterarmgehstützen: nein ja → Rezept

Krankschreibung erforderlich: für insgesamt _____ Tage

Triamhexal 40 mg: N1 N2

INS Bestimmung nötig: nein ja