

Patienten-Information: Schilddrüsen-Ultraschall und -Szintigraphie

Patient
Geburtsdatum
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ziel der Untersuchung

Mit Ultraschall werden Schilddrüsengröße oder -knoten festgestellt. Mit einem Schilddrüsenzintigramm können z.B. „heiße“ bzw. „kalte“ Knoten voneinander unterschieden werden.

Die **Ultraschall-Untersuchung** der Schilddrüse kann unter anderem bei folgenden Fragestellungen angezeigt sein:

- Abklärung der Schilddrüse und der Halslymphknoten, z.B. bei Schilddrüsenüber- oder unterfunktion, Schilddrüsenentzündung, Schilddrüsenvergrößerung, Therapiekontrolle, Tumorsuche

Die **Szintigraphie** der Schilddrüse kann unter anderem z.B. bei folgenden Fragestellungen angezeigt werden:

- unklare Schilddrüsenwerte im Blut
- prüfen der Aktivität von sonographisch dokumentierten Schilddrüsenknoten
- vor Radiojodtherapie oder Schilddrüsenoperation
- unklare Lage der Schilddrüse

Ablauf der Untersuchung

Nach einem Gespräch mit dem Arzt wird eine sehr geringe Menge einer radioaktiven Substanz in die Vene gespritzt. Die Substanz wird innerhalb von einigen Minuten von den Schilddrüsenzellen aufgenommen. Die Untersuchung wird im Sitzen durchgeführt. Die Aufnahmen erfolgen mit einer Kamera, die vor Ihrer Schilddrüse (vor Ihrem Kopf) positioniert wird. Ein umfassender Bericht wird nach Erhalt der Laborwerte zu Ihrem überweisenden Arzt geschickt.

Nebenwirkungen

Die flüssige, schwach radioaktive Substanz wird über eine Nadel in eine Armvene in den Körper injiziert. Die Strahlenbelastung ist vergleichbar mit dem einer Röntgenaufnahme. Die verwendeten Substanzen werden sehr gut vertragen, allergische Reaktionen sind nicht bekannt. Es ist kein Röntgenkontrastmittel, wie es in der Radiologie verwendet wird.

Vorbereitungen

- Planen Sie für die Untersuchung ca. 2 Stunden ein.
- Informieren Sie uns bitte über **hohe vorherige Jodbelastungen (z.B. Kontrastmittel beim Röntgen / CT, Cordarex-Medikament)**, denn die Untersuchung wird dadurch behindert.
- Sie müssen **nicht** nüchtern sein, ihre Schilddrüsenmedikamente sollten sie weiter nehmen.

Fragen

1. Sind Sie bereits an der Schilddrüse operiert worden?

nein ja Wann? _____

2. Wurde bei Ihnen eine Radiojodtherapie durchgeführt?

nein ja Wann? _____

3. Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

nein ja

Wenn ja, wie heißt das Schilddrüsenmedikament? Wie hoch ist die Dosis?

4. Wann haben Sie das Schilddrüsenmedikament zum letzten Mal eingenommen?

5. Wurde bei Ihnen eine Röntgen-Untersuchung mit jodhaltigem Kontrastmittel in den letzten 3 Monaten durchgeführt?

nein ja Wann? _____

6. Haben Sie eine Herzerkrankung, hatten Sie einen Herzinfarkt, haben Sie Bluthochdruck oder Herzrhythmusstörungen?

nein ja

7. Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

8. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

nein ja

→ Bitte legen Sie Halsketten, Schal etc. jetzt ab!

Einwilligungserklärungen

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.
Hiermit willige ich in die nuklearmedizinische Untersuchung ein.

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 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.