



Patientenfragebogen Skelettszintigraphie

MBq: _____ gespritzt: _____ Uhrzeit: _____

Name, Vorname: _____

Wohnort (mit PLZ), Str.: _____

Geb.-Datum: _____ **Tel.:** _____

Körpergröße: _____ **Gewicht:** _____

Überweisender Arzt: _____ **Krankenkasse:** _____

1. Wegen welcher Beschwerden soll die Untersuchung durchgeführt werden?

2. Wurde bei Ihnen bereits eine Skelettszintigraphie durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann und durch wen? _____

3. Erfolgte in dem betreffenden Skelettabschnitt bereits Röntgen- oder sonstige Untersuchungen? ja nein

4. Leiden oder litten Sie an einem Tumor, eine Störung der Nierenfunktion oder sonstigen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

5. Ist bei Ihnen eine Knochenverletzung/-fraktur bekannt? ja nein

6. Sind Sie in den letzten Monaten ernsthaft gestürzt? ja nein

7. Wurden bei Ihnen Operationen an den Knochen oder Gelenken durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann und welche? _____

8. Sind Sie Raucher? ja nein

Bei Frauen:

9. Sind Sie schwanger oder könnte eine Schwangerschaft vorliegen? ja nein

10. Sind Sie in der Stillzeit? ja nein

Bei Fragen und Unklarheiten wenden Sie sich bitte an unser Personal!!

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet. Mit der Durchführung der nuklearmedizinischen Untersuchung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient/-in/Sorgeberechtigte/-r*

*Bei minderjährigen Patienten: Mit der Durchführung der Untersuchung bei meiner Tochter/meinem Sohn bin ich einverstanden. Grundsätzlich sollten beide Sorgeberechtigten unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines/einer Sorgeberechtigten vor, so versichert der/die Unterzeichner/-in, dass er/sie im Einverständnis mit dem/der anderen Sorgeberechtigten handelt oder er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.