

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Radiologie Waiblingen
Radiologie und Nuklearmedizin
PD Dr. med. Hansjörg Rempp
Prof. Dr. med. Claus D. Claussen

bei Ihnen ist eine Schilddrüsenszintigraphie geplant.
Eine Schilddrüsenszintigraphie ist erforderlich bei knotigen Veränderungen der Schilddrüse, Zysten, Überfunktion oder Unterfunktion sowie Stoffwechselerkrankungen der Schilddrüse.

Untersuchungsablauf:

Bei der Schilddrüsenszintigraphie wird eine geringe Menge Radioaktivität (45-60 MBq Tc99m Technetium- Pertechnetat) in die Vene gespritzt. Nach einer Wartezeit von 15 bis 20 Minuten startet die Untersuchung. Für die Untersuchung müssen Sie 10 Minuten ruhig liegen. Eine Gamma-Kamera nimmt in dieser Zeit die Strahlung auf. Die Auswertung der Aufnahme erfolgt nach Abschluss der Aufnahme.

Nebenwirkungen

Durch die Injektion bestehen keine Nebenwirkungen oder Allergiegefahr.

Wichtig:

Schilddrüsen Medikamente/ Hormone müssen ca. 2-3 Wochen vor der Untersuchung abgesetzt werden (jodhaltige Medikamente (z.B. Thyronajod, Jodette, etc) müssen 4 Wochen vor der Untersuchung abgesetzt werden).

Die Strahlenbelastung ist gering. Sie werden über die bei Ihnen erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen entsprechend informiert. Schwangere Frauen sind von nuklearmedizinischen Untersuchungen ausgeschlossen. Bei Patientinnen/Patienten, die Umgang mit Schwangeren oder Kleinkindern haben, empfehlen wir ein 1 tägliches Kontaktverbot. Die Indikation bei stillenden Frauen muss streng gestellt werden.

Fragebogen

Sind Sie Schwanger? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente für Schilddrüsen ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wann haben Sie Ihre Schilddrüsenmedikamente abgesetzt? _____

Haben Sie schon eine Schilddrüsenszintigraphie gemacht? Ja Nein

Wann? Wo?

- ich bin mit der geplanten Untersuchung einverstanden
 - Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde, Diagnose und ggf. Bilddaten an meine behandelnden Ärzte und die Krankenkassen übermittelt werden.
- Ausführliche Informationen zum Schutz Ihrer Daten können Sie unserem Informationsblatt und unserer Homepage www.radiologie-waiblingen.de entnehmen.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten