

## Schilddrüsenszintigrafie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie stellen sich heute zur Durchführung einer Schilddrüsenszintigrafie vor. Hierzu wird eine radioaktive Substanz in eine Vene gespritzt und nach ca. 15 Minuten die eigentliche Szintigrafie durchgeführt. Dazu sitzen Sie 5 Minuten vor einer Gammakamera, die die Verteilung dieser Substanz in der Schilddrüse aufzeichnet. Ziel ist es, eine Schilddrüsenerkrankung abzuklären oder den Therapieerfolg zu belegen.

Diese Untersuchung ist praktisch nebenwirkungsfrei, es werden keine Allergien ausgelöst und bis auf die Injektion werden Sie keine Schmerzen verspüren. Einzig die radioaktive Substanz, durch die körpereigene Stoffwechselfvorgänge dargestellt werden, kann strahlungsbedingte Nebenwirkungen haben.

Die **Strahlenexposition** ist mit einer Röntgenaufnahme der Lunge vergleichbar, sodass ein ähnliches Nebenwirkungsrisiko besteht. Ein alternatives bildgebendes Verfahren zur Beurteilung der Schilddrüsenfunktion gibt es nicht.

In der Regel wird zunächst eine Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse durchgeführt und danach entschieden, ob die Szintigrafie erfolgt.

### Vorbereitung:

Für diese Untersuchung müssen Sie nicht nüchtern sein. Ihnen sollten Ihre aktuellen Medikamente bekannt sein und auch die Untersuchungen mit Röntgenkontrastmittel (CT, Gefäßdarstellung mittels Katheter, Durchleuchtung) und Operationen, die in den letzten 6 Monaten durchgeführt worden sind. Wenn Sie Schilddrüsen-tabletten einnehmen, ist die Dauer und Dosierung wichtig. Gegebenenfalls müssen diese über eine bestimmte Zeit im Vorfeld der Untersuchung abgesetzt werden. Fragen Sie diesbezüglich Ihren Arzt.

Vorhandene Schilddrüsenlaborwerte und Ultraschallbefunde bringen Sie bitte mit.

### Untersuchung:

Sie sitzen 5 Minuten vor einer Gammakamera in einem Raum. Sie schauen dabei über den Kamerakopf hinweg. Sie müssen sich nicht entkleiden, jedoch sollte der Halsschmuck für die Untersuchung abgelegt werden.

### Einverständniserklärung zur Datenspeicherung und -weitergabe

***Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass aus Anlass meiner heutigen Untersuchung***

- die Nuklearmedizin Coburg Dr. Sojka für die Untersuchung wichtige Informationen bei weiteren Ärzten/Krankenhäusern einholen und die bei mir erhobenen Befunde und Bilder (ggf. auch mittels EDV) weiteren mitbehandelnden Ärzten übermitteln kann (gemäß § 73 (1b) SGB V).

ja  nein

Welcher Arzt - außer dem Überweiser - soll zusätzlich eine Befundkopie erhalten?

\_\_\_\_\_

Telefonisch bin ich zu erreichen unter: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Coburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/en bzw. Erziehungsberechtigte/r

**Informationen für den Arzt**

Wurde bisher eine Szintigrafie durchgeführt? ( ) ja ( ) nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

Haben sie in den letzten 6 Monaten Kontrastmittel beim Röntgen oder bei einer CT- oder Katheteruntersuchung erhalten? ( ) ja ( ) nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal bestrahlt? ( ) ja ( ) nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Welche Region? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon an der Schilddrüse operiert? ( ) ja ( ) nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Welche Seite? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Schilddrüsentabletten ein? ( ) ja ( ) nein

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

seit wann: \_\_\_\_\_ wann abgesetzt: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm

Haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit? ( ) ja ( ) nein

Ich wurde über diese Untersuchung aufgeklärt und konnte mich ausreichend lange damit und der damit verbundenen Intervention beschäftigen. Die von mir gemachten Angaben entsprechen meinem aktuellen Kenntnisstand. Ich willige in diese Untersuchung ein.

Coburg,  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

Interne Vermerke:

TSH	Anti-TPO	TG
fT3	TRAK	Calcitonin
fT4		

Applikation: