



Dres. med. St. Neumann, P. Baumann, C. Jürgens, S. Hamers, W. Flocken,
A. Pröschild, U. Siefker, U. Bergt, J. von Lingen, N. Wendt;
E. Schmidt, D. Krastel, J. Potthast, A. Neumann
Fachärzte für Radiologie / Nuklearmedizin

Knochenszintigramm (NUK) (Skelettszintigramm)

Bei der Knochenszintigraphie wird eine schwach radioaktive Substanz (99m Tc - HDP) in die Armvene injiziert, die sich zunächst, abhängig von der Durchblutung, im Körper verteilt, um sich dann im Knochensystem anzureichern.

Die Untersuchung selbst ist nicht schmerzhaft. Die Strahlenbelastung wird so gering wie möglich gehalten und ist vergleichbar mit einer Computertomographie der Lunge.

Das radioaktive Mittel zerfällt nach kurzer Zeit und wird teilweise rasch über die Nieren ausgeschieden. Grundsätzlich können bei jedem med. Eingriff Komplikationen auftreten, die ggf. eine sofortige Behandlung erfordern oder sehr selten auch einen lebensbedrohlichen Verlauf haben können:

- Verletzung von Blutgefäßen, Haut-, Weichteil- und Nervenschädigung bei der Injektion.
- Infektionen, die in der Regel gut antibiotisch behandelt werden können.
- Sehr selten bedrohliche Krankheitsbilder durch Keimverschleppung in die Blutbahn.
- In Einzelfällen kann das verwendete Mittel zu einer allergischen Reaktion führen.

Die Wartezeit zwischen der Injektion und dem Beginn der Messung beträgt in der Regel zwischen 2 und 4 Stunden.

Manche Untersuchungen (2-Phasen- / 3-Phasen-Szintigramme) beginnen sofort mit der Aufnahme der Bilder.

Während der Aufnahmen (10 bis 30 Minuten) sollen Sie ruhig liegen bleiben.

Was unbedingt zu beachten ist:

- ▶ Medikamente wie gewohnt einnehmen.
- ▶ Viel trinken (1 Liter) und zwischendurch zur Toilette gehen, um das sich in der Blase ansammelnde radioaktive Mittel auszuschleiden.
- ▶ Engen körperlichen Kontakt zu Kleinkindern (nicht für längere Zeit auf den Arm oder den Schoß nehmen) und Schwangeren am Tag der Untersuchung vermeiden.
- ▶ Sie dürfen sich ohne Einschränkung in der Öffentlichkeit aufhalten.
- ▶ Normal essen.

	Ja	Nein
Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen bei Ihnen infektiöse Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Für Frauen im gebärfähigen Alter:</u>		
Könnten Sie schwanger sein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Regelblutung ? _____		
Stillen Sie zur Zeit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name:

Geb. Datum:

Vorname:

Tel.:

Einwilligungserklärung:

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung nach genügender Bedenkzeit ein.

Ich bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

ja nein

Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens

Ich wünsche die Aushändigung einer Kopie dieses Aufklärungsbogens

Datum:

Unterschrift: X

Unterschrift des aufklärenden Arztes: