



Patientenfragebogen Nierenzintigraphie

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. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? ja nein
Wenn ja, seit wann und durch wen? _____
3. Wurden Sie schon an einer Niere oder der Harnblase operiert? ja nein
Wenn ja, wann und durch wen? _____
4. Sind Sie Raucher? ja nein
Bei Frauen:
5. Sind Sie schwanger oder könnte eine Schwangerschaft vorliegen? ja nein
6. Sind Sie in der Stillzeit? ja nein

Nur für den Fall der Ablehnung des Eingriffs:

- Ich willige in den vorgeschlagenen Eingriff nicht ein. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch die Diagnose und Behandlung einer etwaigen Erkrankung erheblich verzögern und erschweren können.

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.



Radiologie und Nuklearmedizin Ludwigshafen

Dr. Blynow | Dr. Müller | Dr. Dechow (ang.) | Dr. Kowalski (ang.) | Dr. Lache (ang.) | Fr. Steinbach (ang.)

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ **Untersuchungsdatum:** _____

Körpergröße: _____ **Gewicht:** _____

Zeitpunkt der Spritzenmessung: _____

Aktivität der Spritze (initial): _____ MBq

Aktivität der Spritze nach Injektion: _____ MBq

Zeitpunkt der 1. Blutentnahme: _____ Min.

Zählrate der 1. Plasmaprobe: _____ cpm/ml.

Zeitpunkt der 2. Blutentnahme: _____ Min.

Zählrate der 2. Plasmaprobe: _____ cpm/ml.

Zeitpunkt der Plasmamessung: _____

Kalibrierfaktor für Tc-99m: _____

Zeitpunkt der Injektion: _____

Ludwigshafen, _____

Unterschrift MTA/MFA: _____