



Name, Vorname: _____ **Geb.-Datum:** _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden von Ihrem Arzt zu einer Szintigraphie überwiesen. Der folgende Erhebungsbogen dient zur Erfassung Ihrer Voruntersuchungen und Vorerkrankungen. Mit Ihren Angaben helfen Sie uns eine optimale Befundung Ihrer Untersuchung vornehmen zu können.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1. Wurde bei Ihnen früher eine Szintigraphie durchgeführt? (z.B. der Schilddrüse oder der Knochen?) Wann? _____ Wo? _____	ja	nein
2. Wurde bei Ihnen früher eine Röntgenuntersuchung durchgeführt? Wann? _____ Wo? _____	ja	nein
3. Erfolgte bei Ihnen eine Strahlentherapie? Wann? _____ Wo? _____	ja	nein
4. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?	ja	nein
5. Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? Wenn ja, welche?	ja	nein
6. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? Wenn ja, welche?	ja	nein
7. <u>Für Frauen im gebärfähigen Alter:</u> Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Stillen Sie?	ja ja	nein nein

Einwilligungserklärung über die bevorstehende Untersuchung:

Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Arztes

Praxisinterne Vermerke

_____ MBq _____ Inj.