



Fragebogen Knochenszintigraphie

Bitte geben Sie dieses Formular vor der Untersuchung ab.

Name Patient/in			
Geb. Datum	Größe (cm)	Gewicht (kg)	MTD
Haben Sie derzeit Schmerzen im Skelettsystem oder in Gelenken? Wo? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Hatten Sie Operationen im Bereich der Knochen / Gelenke? Wann? Wo? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Hatten Sie Verletzungen im Bereich der Knochen / Gelenke? Wann? Wo? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Hatten Sie Knochenbrüche? Wann? Wo? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Hatten Sie jemals eine Strahlentherapie? Wann? Wo? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Hatten Sie jemals eine Chemotherapie? Wann? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Haben Sie derzeit Zahnschmerzen? Wo? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Hatten Sie zuletzt Zahnbehandlungen / Implantate? Wann? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Bei Prostata-Karzinom:	Gleason:	PSA:	

Ich bestätige diesen Fragebogen gelesen und verstanden zu haben, ich wurde über die Durchführung der Untersuchung und die dafür notwendige Verabreichung einer radioaktiven Substanz aufgeklärt, ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Datum/Uhrzeit	Unterschrift Patient bzw. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt/RT
---------------	----------------------------------------------------------	-----------------------------

Ärztliche Anamnese		
Aktivität	MBq	Uhrzeit
Charge		