

Kasse  Privat  BG  Igel



RADIOLOGISCHE PRAXIS  
KLIER HOFBAUER DANZ

## FRAGEBOGEN ZUR NUKLEARMEDIZIN (NUK)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sondertarif der Privatkasse: \_\_\_\_\_

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

bei der nuklearmedizinischen Untersuchung wird ein schwach radioaktives Präparat in die Armvene gespritzt. Mit Hilfe dieses Präparates können wir Ihre Schilddrüse, Lunge, Nieren oder das Skelettsystem untersuchen. Da das radioaktive Präparat zum Teil über die Nieren/Harnblase ausgeschieden wird, trinken Sie heute bitte viel und entleeren Sie oft die Harnblase. Sie sollten bitte ebenfalls darauf achten, dass Sie den engen Kontakt/Körperkontakt zu Schwangeren und Kleinkindern heute meiden. Die Untersuchungszeit an sich beträgt max. 45 Minuten. Bei bestimmten Untersuchungen muss eine Wartezeit (in der das radioaktive Präparat in das zu untersuchende Organ gelangt) eingehalten werden. Um die Untersuchung korrekt durchführen zu können, möchten wir Sie bitten, die nachstehenden Fragen zu beantworten:

- |  | <b>JA</b>                | <b>NEIN</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. Heuschnupfen, Jod, bestimmte Lebensmittel oder Medikamente)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____   |                          |                          |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Szintigraphie durchgeführt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann und wo? _____  |                          |                          |
| ➤ Haben Sie Metallteile (insbesondere künstliche Gelenke) im Körper?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____   |                          |                          |
| ➤ Sind Sie HIV-positiv (AIDS)? Leiden Sie an Hepatitis oder Tuberkulose?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ <b>Für Frauen:</b> Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ <b>Für Frauen:</b> Stillen Sie derzeit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kasse  Privat  BG  Igel



RADIOLOGISCHE PRAXIS  
KLIER HOFBAUER DANZ

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Für Privatpatienten/Privatpatientinnen**

Für die Rechnungsstellung gelten die gesetzlichen Gebührensätze bzw. Analogwertung in der jeweils gültigen Fassung. Ich versichere, dass die angegebene Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Untersuchung uneingeschränkt besteht. Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Anmerkungen:**

## **Datenschutz**

Den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst und halten uns strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der Behandlung erhoben und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

**Die aktuell gültige und vollständige Information zum Datenschutz finden Sie im Aushang am Empfang sowie in den Auslagen in den Wartezimmern.**