

Fragenbogen zur Nuklearmedizin (NUK)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.datum: _____ 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:

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. Heuschnupfen, Jod, bestimmte Lebensmittel oder Medikamente)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Szintigraphie durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Haben Sie Metallteile (insbesondere künstliche Gelenke) im Körper? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie HIV-positiv (AIDS)? Leiden Sie an Hepatitis oder Tuberkulose? Ja Nein

Für Frauen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Für Frauen: Stillen Sie derzeit? Ja Nein



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 nicht. Zur Untersuchungsplanung und zur genauen Beurteilung ist manchmal die Hinzuziehung von Befundberichten/Aufnahmen früherer Untersuchungen /Behandlungen nötig, dazu benötigen wir Ihre Einwilligung. Dass Gleiche gilt für die Weitergabe unserer Untersuchungsergebnisse an Ihre behandelnden Ärzte.

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht gemäß §73 Abs. 1b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass falls zur Beurteilung nötig, frühere Befundberichte und Untersuchungen angefordert und dass auf Anforderung Befunde mit/weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden dürfen.

Ja

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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Anmerkungen