

# Schilddrüsen-Szintigraphie

## Wichtige Informationen zur Schilddrüsen-Szintigraphie

Bei einer Schilddrüsen-Szintigraphie handelt es sich um ein nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren, mit dem eine Aussage sowohl über die Größe, Lage und Form, aber auch – und das ist viel wichtiger – über die Funktion der Schilddrüse gemacht werden kann. Dies betrifft die Schilddrüse als Ganzes, aber auch einzelne Abschnitte, z.B. etwaige Knoten, die vorher mittels Ultraschall festgestellt wurden. Die Szintigraphie stellt somit in vielen Fällen eine wertvolle Ergänzung zur Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse dar.

Bei der Schilddrüsen-Szintigraphie macht man sich das Prinzip zunutze, dass Zellen mit hoher Stoffwechselaktivität größere Mengen einer radioaktiven Substanz aufnehmen als Zellen mit geringerer Aktivität. In diesen aktiveren Bereichen wird dann verhältnismäßig mehr Strahlung freigesetzt als in anderen. Mit einer sogenannten Gamma-Kamera können diese radioaktiven Zerfälle pro Ort und Zeiteinheit gemessen und mit Hilfe eines Computers visualisiert werden.

### Durchführung der Untersuchung

Wie Sie sich auf die Untersuchung vorbereiten, wurde Ihnen bereits bei der Terminvereinbarung erläutert. Falls Sie diese Vorbereitungen nicht einhalten konnten, informieren Sie uns bitte darüber noch vor Untersuchungsbeginn. Zunächst wird Ihnen ein radioaktiver Stoff in die Armvene injiziert. Nach einer kurzen Wartezeit von circa zwanzig Minuten wird mit einer Gamma-Kamera die Strahlung aufgenommen und in ein Bild umgewandelt. Während der Aufnahme liegen Sie bequem auf einer Untersuchungsliege. Die Aufnahmezeit beträgt etwa zehn Minuten.

### Radioaktive Substanz

Das Ihnen verabreichte radioaktive Medikament ist gut verträglich, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind nicht bekannt. Trotzdem sind wir immer auf die sofortige Einleitung von Notfallmaßnahmen eingestellt. Die Substanz selbst wird in den Stoffwechselkreislauf Ihres Körpers aufgenommen und über die Nieren ausgeschieden. Ein kleiner Teil (meist 1-5%) erreicht über den Blutweg die Schilddrüse und erlaubt so die Durchführung der Untersuchung. Die aufgenommene Strahlendosis ist gering und für Sie und Ihre Umgebung nicht gefährlich.

### Nach der Untersuchung

Der Arzt wird die Aufnahme nach der Untersuchung mit Ihnen besprechen. Eine Kopie der Bilder werden wir Ihnen gleich für Ihren behandelnden Arzt mitgeben. Den ausführlichen schriftlichen Untersuchungsbericht erhält der überweisende Arzt per Fax in der Regel innerhalb weniger Tage. Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, legen Sie uns diesen vor, damit wir die Untersuchung eintragen können. Falls Sie noch keinen Röntgenpass besitzen, sprechen Sie uns bitte an, wir stellen Ihnen gerne einen aus.

Sprechen Sie uns bitte an, falls Sie noch Fragen haben. Weitere Informationen finden Sie auch auf unserem Patientenportal [www.radiologie.de](http://www.radiologie.de).

Unverbindliches Muster, erstellt unter Best-Practice-Gesichtspunkten und aufgrund einschlägiger Erfahrungen. Keine Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit. Das vorliegende Muster dient der Patientenaufklärung im Rahmen diagnostischer Maßnahmen und ersetzt in keinem Fall die einer diagnostischen Maßnahme vorausgehende persönliche Befragung des Patienten und das individuelle therapeutische Gespräch. Alle Patientenangaben sind freiwillig.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_

## Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) für die Schilddrüsen-Szintigraphie

1. Wurde bereits eine Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse durchgeführt? Wann zuletzt und wo? ja  nein
2. Wurde bereits eine Szintigraphie der Schilddrüse durchgeführt? Wann zuletzt und wo? ja  nein
3. Nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse ein? Wenn ja, welche, seit wann und in welcher Dosierung? ja  nein   
\_\_\_\_\_
4. Welche Medikamente nehmen Sie außerdem ein?  
\_\_\_\_\_
5. Sind Sie an der Schilddrüse operiert worden? Wenn ja, wann? ja  nein   
\_\_\_\_\_
6. Wurde in den letzten 2 Monaten eine Röntgenuntersuchung mit Injektion von jodhaltigem Kontrastmittel durchgeführt? ja  nein
7. Sind Sie schwanger? ja  nein
8. Rauchen Sie? ja  nein
9. Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie unter einem der folgenden Symptome leiden:
 

<input type="checkbox"/> Herzrasen/-stolpern	<input type="checkbox"/> Ermüdbarkeit
<input type="checkbox"/> Innere Unruhe, Erregbarkeit	<input type="checkbox"/> Reduzierte Leistungsfähigkeit
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme
<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Frieren
<input type="checkbox"/> Zittern der Hände	<input type="checkbox"/> Heiserkeit
<input type="checkbox"/> Haarausfall	
<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme bei gutem Appetit	

**Mit der Durchführung der Schilddrüsen-Szintigraphie bin ich einverstanden.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Interne Anweisung:

Datum	Uhrzeit	Verabreichte Aktivität (MBq)	Injektionszeit	Injektionsort	Durchführung/ Arzt

### Ein Projekt der Curagita-Gruppe



**Radiologienetz  
Rhein-Neckar-Pfalz**  
Mitglied der Curagita-Gruppe



**Radiologienetz  
Bayern**  
Mitglied der Curagita-Gruppe



**Radiologienetz  
Württemberg Nord**  
Mitglied der Curagita-Gruppe



**Radiologienetz  
Ost Württemberg**  
Mitglied der Curagita-Gruppe



**Radiologie-Club  
Deutschland**  
Mitglied der Curagita-Gruppe

Unverbindliches Muster, erstellt unter Best-Practice-Gesichtspunkten und aufgrund einschlägiger Erfahrungen. Keine Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit. Das vorliegende Muster dient der Patientenaufklärung im Rahmen diagnostischer Maßnahmen und ersetzt in keinem Fall die einer diagnostischen Maßnahme vorausgehende persönliche Befragung des Patienten und das individuelle therapeutische Gespräch. Alle Patientenangaben sind freiwillig.