



ABTEILUNG FÜR RADIOLOGIE  
UND NUKLEARMEDIZIN

CHEFARZT  
PRIV.-DOZ. DR. MED. UWE KESKE

VIRCHOWSTRASSE 122  
45886 GELSENKIRCHEN  
TELEFON: 0209 / 172 - 4000  
TELEFAX: 0209 / 172 - 4099  
E-MAIL U.KESKE@ST-AUGUSTINUS.DE

## Knochenszintigramm

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu uns mit der Bitte überwiesen, eine Knochenszintigraphie durchzuführen. Wir möchten Ihnen hier eine kleine Information zum Ablauf Ihrer Untersuchung geben und Sie gleichzeitig bitten, uns die nachstehenden Fragen zu beantworten.

Mit Hilfe der Knochenszintigraphie lassen sich **Veränderungen des Knochenstoffwechsels bildlich darstellen**. Sie bekommen eine leicht radioaktive Substanz in die Armvene gespritzt, die sich dann in Ihrem Knochen system einlagert. Gleichzeitig sendet dieses Präparat, aufgrund seiner Radioaktivität, Strahlung aus, die wir mit Hilfe einer speziellen Kamera aufnehmen und mit einem Computer dann in Bildern darstellen können. Bei einigen Fragestellungen kann es sein, dass wir direkt nach dem Spritzen des Präparates Aufnahmen machen, um die Durchblutung des betreffenden Knochenbereiches zu erfassen. Bei den meisten Fragestellungen sind diese **Frühaufnahmen** nicht erforderlich. Nach der Spritze bzw. den Frühaufnahmen können Sie uns verlassen. Nach drei Stunden müssen Sie dann wiederkommen. Zu diesem Zeitpunkt machen wir die wichtigsten Knochenaufnahmen (**Spätaufnahmen**). Wir bitten Sie, während der Aufnahmen absolut ruhig liegen zu bleiben. Während der erwähnten dreistündigen „Einwirkzeit“ und auch nach Beendigung der Untersuchung sollten Sie soviel wie möglich trinken und entsprechend oft zur Toilette gehen (so wird die Substanz am schnellsten abgebaut).

### Mögliche Nebenwirkungen oder Komplikationen

Kein Arzt kann für seine Maßnahmen Risikofreiheit garantieren. Vor der Durchführung wurden von Ihrem behandelnden Arzt Nutzen und mögliche Risiken, wie bei allen ärztlichen Maßnahmen, sorgfältig gegeneinander abgewogen. Bei dieser Untersuchung kann es wie bei jeder Einspritzung zu Verletzungen von Blutgefäßen oder Nerven sowie zu Infektionen kommen. Sehr selten sind Überempfindlichkeitsreaktionen. Wir führen diese Untersuchung mit der geringst möglichen Menge eines kurzlebigen Radionuklids durch. Die Radioaktivität wird innerhalb von wenigen Tagen vollständig wieder abgebaut. Somit ist die Strahlenexposition gering. Auch bei Kindern ist die Untersuchung vertretbar. Besondere Maßnahmen sind vor oder nach der Untersuchung nicht erforderlich. Sie sollten lediglich am Untersuchungstag nach Möglichkeit engen körperlichen Kontakt mit Schwangeren und Kleinkindern vermeiden.

### Weitere Fragen

Sollten Sie jetzt noch Fragen haben, so scheuen Sie sich nicht diese zu stellen. Wir stehen Ihnen gerne Rede und Antwort. Zum Abschluss bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Bitte kreuzen Sie an:

- |   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Liegt bei Ihnen eine <b>Krebserkrankung</b> vor? Wenn ja, welche und wie lange besteht sie?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Haben Sie <b>Rheuma</b> oder eine andere <b>entzündliche Gelenkerkrankung</b> ? Wenn ja, welche und seit wann besteht sie?                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ist bei Ihnen eine <b>Osteoporose</b> bekannt? Wenn ja, seit wann?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hatten Sie schon mal einen <b>Knochenbruch</b> oder eine <b>Knochen-OP</b> ? Wenn ja, nennen Sie uns den betroffenen Knochen und den Zeitpunkt der Operation. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Nehmen Sie zur Zeit <b>Medikamente</b> ein? Wenn ja, welche und wie lange?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • <b>Könnten Sie schwanger sein?</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Notizen des aufklärenden Arztes:

---

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet. Ich stimme der Untersuchung zu.

Datum: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Zeuge: \_\_\_\_\_

**Nur bei Kindern:** Als Erziehungsberechtigter bzw. Vormund stimme ich der Untersuchung meines Kindes zu und erkläre hiermit, dass eine Einwilligung meines miterziehungsberechtigten Partners als gegeben vorausgesetzt werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Zeuge: \_\_\_\_\_