

# Skelettsszintigraphie

Ambulant-Nuklearmedizinisches  
Zentrum Würzburg

Dr. J.-U. Eberhardt

Dr. E. Peppert

Dr. C. Düren



Körpergröße:.....Gewicht:.....

Datum:.....

Sehr geehrter Patient,  
um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie uns durch Beantwortung folgender Fragen  
zu unterstützen:

Nennen Sie bitte Ihre aktuellen *Beschwerden*:

.....

*Operationen* im Knochen- oder Gelenkbereich, *Knochenbrüche*, *Unfälle*, *Sportverletzungen*,  
*Stürze* (in jüngster Vergangenheit):

.....

*Bösartige* Vorerkrankungen:

.....

Bekannte *Osteoporose* oder andere Knochenstoffwechselerkrankungen:

.....

Bestehen weitere wesentliche *Vorerkrankungen*, *Operationen*, *Krankenhausaufenthalte*:

.....

Bitte nennen Sie Ihre aktuelle *Medikation*:

.....

Welcher Art und zu welchem Zeitpunkt erfolgten in der Vergangenheit *radiologische* oder *nuklearmedizinische* Untersuchungen:

.....

Für *weibliche* Patienten:

Besteht aktuell eine *Schwangerschaft*? .....

Haben Sie kürzlich entbunden und *stillen* Sie derzeit? .....

Wann war Ihre letzte *Regelblutung*? .....

Würzburg, den ..... Unterschrift: .....

Nachdem Sie alle Fragen beantwortet haben, bringen Sie diesen Bogen bitte wieder zurück zur Anmeldung.

In Kürze wird Sie Ihr behandelnder Arzt aufrufen und mit Ihnen den Untersuchungsablauf besprechen. Anschließend werden wir mit der Untersuchung beginnen und Ihnen ein schwach radioaktives Medikament verabreichen. Danach werden erste Aufnahmen erfolgen.

Am folgenden Werktag werden wir dem überweisenden Kollegen bzw. Ihrem Hausarzt in einem Arztbericht sämtliche Ergebnisse mitteilen.

Falls Fragen bestehen, können Sie sich selbstverständlich jederzeit an uns wenden. Wir hoffen, dass der Ablauf Ihrer Zufriedenheit entspricht und dass Sie sich während des gesamten Aufenthalts bei uns wohl fühlen werden.

Ihr Praxisteam