



DIRANUK GbR – Bielefeld | Bad Salzuflen | Gütersloh

ANAMNESEBOGEN KNOCHENSZINTIGRAPHIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns eine detaillierte und umfassende Diagnose zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Falls Sie etwas nicht wissen oder nicht verstanden haben, so haben Sie Gelegenheit, dieses später im Arztgespräch zu klären.

Untersuchungsablauf: Injektion einer radioaktiv markierten Substanz, die sich im Knochen anreichert. Aufnahme nach einer Wartezeit von 2 bis 3 Stunden nach Injektion. Bitte viel trinken.

Name	Vorname	Alter
<hr/>		
Körpergröße _____ cm	Körpergewicht _____ kg	
<hr/>		
Hatten Sie schon einmal ein Knochenszintigramm?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten oder haben Sie ein bekanntes Krebsleiden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welcher Art (Brust, Prostata, etc.)?	<hr/>	
Haben Sie ein künstliches Gelenk?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hüfte	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum der letzten Operation _____
Knie	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum der letzten Operation _____
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum der letzten Operation _____
Ist mehrfach am Gelenkersatz operiert worden (z. B. TEP-Wechsel)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls ja, wann?	<hr/>	
Seit wann bestehen die Beschwerden?	<hr/>	
Sind diese ausstrahlend z.B. ins Bein?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?	<hr/>	
Sind Sie in letzter Zeit gestürzt, haben sich gestoßen oder sind umgeknickt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gab es in der Vergangenheit Knochenbrüche?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?	<hr/>	
<hr/>		
Für Frauen im gebärfähigen Alter:		
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stillen Sie zurzeit?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

E90 - 0710 - 4.2018

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Mit der geplanten Untersuchung und Anforderung von Vorbefunden erkläre ich mich einverstanden.

Auf Wunsch stellen wir Ihnen einen Röntgenpass aus, bzw. tragen wir die heutige Untersuchung in einen vorhandenen Pass ein.

Datum

Unterschrift Patient/in