

**Praxis für Radiologie und  
Nuklearmedizin  
Wittenau**



- ▶ Name, Vorname: \_\_\_\_\_ ▶ Datum: \_\_\_\_\_
- ▶ Geb-Datum: \_\_\_\_\_ ▶ Patienten-Nr: \_\_\_\_\_
- ▶ Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ kg ▶ Ihre Größe: \_\_\_\_\_ cm
- ▶ Ihre Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Bitte helfen Sie uns, damit wir Sie optimal untersuchen können. Wir sind dankbar für genaue Angaben zu folgenden Fragen:**

- ▶ **Sind Sie in letzter Zeit gestürzt?** ja nein  
Wenn ja, wann und welche Körperregion ist betroffen?
- ▶ **Hatten Sie bereits eine Knochen-Szintigraphie?** ja nein  
Wenn ja, wann und wo?
- ▶ **Wurden in letzter Zeit Röntgenuntersuchungen des interessierenden Körperbereiches angefertigt?** ja nein  
Wenn ja, wann und wo?
- ▶ **Hatten Sie Knochenbrüche in den letzten Jahren?** ja nein  
Wenn ja, wurden diese operiert?
- ▶ **Haben Sie künstliche Gelenke?** ja nein  
Wenn ja, welches Gelenk?  
  
Wann war die OP?
- ▶ **Wurden Sie jemals wegen einer Tumor-(Krebs-)Erkrankung behandelt?** ja nein  
Wenn ja, welches Organ war betroffen?
- ▶ **Ist eine stärkere Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?** ja nein  
Wenn ja, wird eine Dialysebehandlung (Behandlung an künstlicher Niere) durchgeführt? ja nein
- ▶ **Bei Frauen:** Sind sie schwanger? Ist eine Schwangerschaft möglich? ja nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Von der Praxis auszufüllen:

Uhrzeit	verabreichte Aktivität (MBq)	Injektionszeit	Injektionsort