

ÄK-Betreiber-ID N-	Skelettszintigraphie			
Patienten-Nummer:	1	2	3	4
Name:				
Alter:				
Größe (cm) / Gewicht (kg):	/	/	/	/
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung:				
Rechtfertigende Indikation gestellt durch:				
Aktivität (MBq) / Radiopharmakon / Nuklid:				
Untersuchungstechnik:				
A) Perfusion	A) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	A) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	A) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	A) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
B) Blutpoolaufnahme	B) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	B) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	B) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	B) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
C) Spätaufnahmen	C) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	C) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	C) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	C) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Start der Spätaufnahme p.i.:				
Bildstatistik Teilkörper (TK): Impulse / Messzeit / Matrix	/    /	/    /	/    /	/    /
Bildstatistik Ganzkörper (GK): Impulse / Messzeit / Matrix	/    /	/    /	/    /	/    /
Tischvorschub pro Minute in cm (GK):				
SPECT: (wenn nicht in AA dokumentiert) Gradzahl / Winkel / Zeit pro Winkel / Matrix				
SPECT/CT?    Wenn ja, bitte fusionierte Aufnahmen einreichen!	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Begründung für Überschreitung der DRW:				
verwendete Kamera:				
<b>Aufzeichnungen der Patienten-Befragung bitte beifügen!</b>				

ÄK-Betreiber-ID N-	Schilddrüsenszintigraphie							
Patienten-Nummer	1		2		3		4	
Name:								
Alter:								
Gewicht (kg) / Größe (cm):	/		/		/		/	
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung								
Rechtfertigende Indikation gestellt durch:								
Aktivität (MBq):								
Rückmessung nach Injektion?	Ja o	Nein o	Ja o	Nein o	Ja o	Nein o	Ja o	Nein o
Messung der Injektionsstelle?	Ja o	Nein o	Ja o	Nein o	Ja o	Nein o	Ja o	Nein o
Zeitintervall Injektion / Aufnahme (min p.i.):								
Bildstatistik:	Impulse:		Impulse:		Impulse:		Impulse:	
	Messzeit:		Messzeit:		Messzeit:		Messzeit:	
Uptake (in %):								
Jugulummarkierung?	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O
Seitenangabe?	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O
Maßstab?	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O
Farbskala?	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O	Ja O	Nein O
SD-wirksame Medikamente:								
TSH-basal (wenn bekannt):								
Begründung für Überschreitung der DRW:								
Verwendete Kamera / Matrix:	/		/		/		/	
<b>Aufzeichnung der Patienten-Befragung bitte beifügen!</b>								

ÄK-Betreiber-ID: N-	Nebenschilddrüse			
Patienten-Nummer	1	2	3	4
Name				
Alter				
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung				
Rechtfertigende Indikation gestellt durch:				
Aktivität (MBq) / Radiopharmakon / Nuklid				
Voruntersuchung Schilddrüsenszintigraphie	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Ergebnisse von CT oder Ultraschall sowie anderen diagnostischen Verfahren				
Laborwert Serumkalzium und Parathormon				
Frühaufnahme planar Zeitpunkt p.i. / Counts:	/	/	/	/
Spätaufnahme planar Zeitpunkt p.i. / Counts:	/	/	/	/
SPECT Zeitpunkt p.i.				
Aufnahmeparameter (wenn nicht in AA): Messzeit / Matrix				
SPECT (wenn nicht in AA dokumentiert): Gradzahl / Winkel / Zeit pro Winkel / Matrix				
SPECT/CT? Wenn ja, bitte fusionierte Aufn. einreichen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Begründung für Überschreitung der DRW				
Verwendete Kamera / Kollimator				
<b>Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!</b>				

ÄK-Betreiber-ID N-		Nierenfunktionsszintigraphie			
Patienten-Nummer	1	2	3	4	
Name					
Alter					
Gewicht (kg) Größe (cm)	/	/	/	/	
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung					
Rechtfertigende Indikation gestellt durch:					
Aktivität (MBq) / Radiopharmakon / Nuklid					
Bildmatrix					
Bildfrequenzen (sec/Bild)	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.	
Clearance und Angabe der Methode					
Untersuchungsdauer					
1. Blutabnahme (min. p.i.)					
2. Blutabnahme (min. p.i.)					
ACE Hemmer (bei Abschätzung funktioneller Relevanz einer Nierenarterienstenose)	Ja o    Nein o	Ja o    Nein o	Ja o    Nein o	Ja o    Nein o	
Furosemid	Ja o    Nein o	Ja o    Nein o	Ja o    Nein o	Ja o    Nein o	
Lagewechsel	Ja o    Nein o	Ja o    Nein o	Ja o    Nein o	Ja o    Nein o	
Kreatininwert					
Begründung für Überschreitung der DRW					
Verwendete Kamera					
Bohrlochfaktor					
<b>Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!</b>					

ÄK-Betreiber-ID N-	Lungenszintigraphie							
Patienten-Nummer	1		2		3		4	
Name:								
Alter:								
Gewicht (kg) / Größe (cm):	/		/		/		/	
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung								
Rechtfertigende Indikation gestellt durch:								
Aktivität (MBq) Perfusion / Ventilation	/		/		/		/	
Radiopharmakon Perfusion / Ventilation	/		/		/		/	
Partikelanzahl (Perfusion):								
Bildstatistik: Impulse/Messzeit pro Ansicht 1. Perfusion                      2. Ventilation	1. /	2. /	1. /	2. /	1. /	2. /	1. /	2. /
Spect Ja / Nein?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Bei Lungenarterienembolie-Diagnostik: Falls kein SPECT -> Begründung:								
Begründung für Überschreitung der DRW:								
Verwendete Kamera / Matrix	/		/		/		/	
SPECT/CT? Wenn ja, bitte fusionierte Aufn. einreichen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
<b>Aufzeichnungen der Patienten-Befragung bitte beifügen!</b>								

ÄK-Betreiber-ID N-	Myokardperfusionsszintigraphie			
Patienten-Nummer	1	2	3	4
Name:				
Alter:				
Größe (cm) / Gewicht (kg):	/	/	/	/
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung				
Rechtfertigende Indikation gestellt durch:				
Datum der Belastungs-/Ruhe-Untersuchung:	/	/	/	/
Aktivität (MBq), Nuklid, Radiopharmakon Belastung / Ruhe	/	/	/	/
Zeitintervall zwischen Belastungs- und Ruhe- Injektion:				
Aufnahmezeitpunkt p.i. Belastung / Ruhe	/	/	/	/
Medikamente am Untersuchungstag Belastung / Ruhe	/	/	/	/
Belastung medikamentös / Ergometer?	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> Ergometer	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> Ergometer	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> Ergometer	<input type="radio"/> medikamentös <input type="radio"/> Ergometer
ggf. Grund für unzureichende Belastung:				
Elimination der intestinalen Aktivität: (Wasser / Schokotrunk / Sonstiges)				
Spect Ja / Nein / dedizierte Herzkamera mit Halbleiter-Detektoren	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Halbleiterkamera <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Halbleiterkamera <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Halbleiterkamera <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Halbleiterkamera <input type="radio"/>
Bildstatistik SPECT - Belastung / Ruhe: Gradzahl / Winkel / Zeit pro Winkel / Matrix	in AA dokumentiert <input type="radio"/>	Aufnahmeparameter Belastungs- / Ruheuntersuchung:		
Schwächungskorrektur?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Begründung für Überschreitung der DRW:				
<b>Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!</b>				

ÄK-Betreiber-ID N-	<sup>18</sup> F-FDG PET			
Patienten-Nummer	1	2	3	4
Patientenname				
Alter				
Gewicht (kg) / Größe (cm)	/	/	/	/
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung				
Rechtfertigende Indikation gestellt durch:				
Abstand in Wochen zu der letzten 1. OP 2. Chemotherapie 3. Strahlentherapie	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.
Diabetes mellitus? Ja / Nein	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Bei Diabetes Mellitus: Letzte Applikation von Insulin / Antidiabetica				
Prämedikation (Diazepam, Buscopan, Analgetica?)				
Andere anamnestische Angaben und Voruntersuchungen				
Aktivität (MBq)				
Zeitabstand zur letzten Mahlzeit (h)				
Glukosekonzentration im Blut?				
Start der Messung nach Injektion (min)				
Ggf. mehrere Messserien mit Beginn nach Injektion in min, mit / ohne Lasix				
PET-Scanner:				
3D Modus / 2D Modus / flow motion				
Anzahl der Bettpositionen bei 2D/3D				
Messdauer pro Bettposition bei 2D/3D				
Begründung bei Überschreitung der DRW				
<b>Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!</b>				

ÄK-Betreiber-ID: N-	Radiosynoviorthesen					
Patienten-Nummer	1	2	3	4	5	6
Name:						
Alter:						
Gelenk/e mit Seitenbezeichnung:						
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung						
Rechtfertigende Indikation gestellt durch:						
Nuklid / Aktivität (MBq):						
Wurde eine prätherapeutische Sonografie durchgeführt?						
Vorausgehende ergänzende Untersuchungsverfahren zur Indikationsstellung?						
Sicherung der korrekten Applikation:						
Verteilungsszintigraphie durchgeführt?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Verteilung auf andere Weise überprüft:						
Immobilisation z. B. Schiene:						
Thromboseprophylaxe?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wurde eine Nachsorge durchgeführt? Wie?						
Bitte reichen Sie zusätzlich folgende Unterlagen ein: Verteilungsszintigraphie (wenn vorhanden), Röntgendokumentation und Dokumentation der Aufklärung und Einwilligung!						



ÄK-Betreiber-ID N-	Sentinel-Lymph-Node Szintigraphie							
Patientennummer	1		2		3		4	
Name:								
Alter:								
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung:								
Rechtfertigende Indikation gestellt durch:								
geplanter Operationszeitpunkt? / 1- bzw. 2 Tagesprotokoll? (1-TP/2-TP)	1-TP <input type="checkbox"/>	2-TP <input type="checkbox"/>	1-TP <input type="checkbox"/>	2-TP <input type="checkbox"/>	1-TP <input type="checkbox"/>	2-TP <input type="checkbox"/>	1-TP <input type="checkbox"/>	2-TP <input type="checkbox"/>
Gesamtaktivität (MBq) / Nuklid / Radiopharmakon:								
Rückmessung der Spritze?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Injektionsanzahl:								
Volumen pro Injektion (ml)?								
Aktivität (MBq) pro Injektion?								
Frühaufnahmen - Zeitpunkt p.i.:								
Spätstatische Aufnahmen - Zeitpunkt p.i.?								
Bildstatistik Impulse und Messzeit pro Bild	Impulse:		Impulse:		Impulse:		Impulse:	
	Messzeit:		Messzeit:		Messzeit:		Messzeit:	
Matrix:								
Konturdarstellung mit Flächenquelle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
SPECT-Aufnahmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
SPECT-CT? Wenn ja, bitte fusionierte Aufn. Einreichen!	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verwendete Kamera:								
<b>Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!</b>								