

ÄK-Betreiber-ID: N-	Dopamintransporter-SPECT z.B. mit ¹²³ I-Ioflupan / ¹²³ I-FP-CIT			
Patienten-Nummer	1	2	3	4
Name				
Alter				
Klinische Fragestellung / Rechtfertigende Indikation				
Rechtfertigende Indikation gestellt durch				
Aktivität (MBq)				
Irenat-Gabe Minuten vor Applikation				
Zeitangabe p.i.				
SPECT / Gradzahl / Winkel / Zeit pro Winkel				
Aufnahme-Dauer (min)				
Kollimator z. B. LEHR				
Verwendete Kamera				
Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen				

ÄK-Betreiber-ID N-	¹⁸ F-FDG PET/CT			
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"/>			
Bei Diabetes Mellitus: Letzte Applikation von Insulin / Antidiabetika				
Prämedikation (Diazepam, Buscopan, Analgetika?)				
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				
Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!				

ÄK-Betreiber-ID N-	¹⁸ F-PSMA PET			
Patienten-Nummer	1	2	3	4
Name				
Alter				
Gewicht (kg) / Größe (cm)	/	/	/	/
Rechtfertigende Indikation / Klinische Fragestellung				
Rechtfertigende Indikation gestellt durch				
Prämedikation (Diazepam, Buscopan etc.)				
Andere anamnestische Angaben und Voruntersuchungen				
Aktivität (MBq)				
Start der Messung nach Injektion (min)				
ggf. mehrere Messserien				
PET/CT				
Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!				

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.	/	1.	/	1.	/	1.	/
	2.	/	2.	/	2.	/	2.	/
SPECT Ja / Nein?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>						
Bei Lungenarterienembolie-Diagnostik: Falls kein SPECT → Begründung								
Begründung für Überschreitung der DRW								
Verwendete Kamera / Matrix / Kollimator								
SPECT/CT? Wenn ja, bitte fusionierte Aufn. einreichen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>						
Aufzeichnungen der Patienten-Befragung bitte beifügen!								

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="checkbox"/> medikamentös <input type="checkbox"/> Ergometer			
ggf. Grund für unzureichende Belastung				
Elimination der intestinalen Aktivität: (Wasser / Schokotrunk / Sonstiges)				
SPECT Ja / Nein / dedizierte Herzkamera mit Halbleiter-Detektoren	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Halbleiterkamera <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Halbleiterkamera <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Halbleiterkamera <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Halbleiterkamera <input type="checkbox"/>
Bildstatistik SPECT - Belastung / Ruhe: Gradzahl / Winkel / Zeit pro Winkel / Matrix	in AA dokumentiert <input type="checkbox"/>	Aufnahmeparameter Belastungs- / Ruheuntersuchung:		
Schwächungskorrektur?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Verwendete Kamera / Kollimator				
Begründung für Überschreitung der DRW				
Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!				

ÄK-Betreiber-ID: N-	Nebenschilddrüsenszintigraphie							
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								
Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!								

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:				
Bildmatrix				
Bildfrequenzen (sec/Bild) wenn <u>nicht</u> in Arbeitsanweisung angegeben: AA angegeben: <input type="checkbox"/>	In 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
bei Furosemid-Gabe: Angabe der appl. Menge [mg]				
Aufnahme nach Miktion	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				
Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!				

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"/>					
Verteilung auf andere Weise überprüft:						
Immobilisation z. B. Schiene:						
Thromboseprophylaxe?	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-	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 / Kollimator / Matrix:	/ /		/ /		/ /		/ /	
Aufzeichnung der Patienten-Befragung bitte beifügen!								

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) / 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"/>
Anzahl an Injektionen:								
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? ja, bitte fusionierte Aufn. einreichen!	Wenn Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Verwendete Kamera / Kollimator								
Aufzeichnungen der Patienten-Befragungen bitte beifügen!								

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								
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"/>
D) SPECT	D) Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	D) Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	D) Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	D) 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"/>						
Begründung für Überschreitung der DRW								
verwendete Kamera / Kollimator								
Aufzeichnungen der Patienten-Befragung bitte beifügen!								