

## KNOCHENDICHTEMESSUNG

### INFORMATIONSBLAATT UND EIGENERKLÄRUNG

#### Wozu dient die Untersuchung?

- Dient, die Mineraleichte eines Knochensegments (Lendenwirbelsäule, Oberschenkelhals und seltener das Handgelenk) zu messen.

#### Was müssen Sie wissen?

- Bitte kommen Sie zur vereinbarten Uhrzeit mit der ärztlichen Überweisung in die Amba-Alagi-Straße.
- Sie dürfen in den letzten 18 Monaten vor der Untersuchung keine Knochendichtemessung durchgeführt haben.
- Es ist keine spezielle Vorbereitung erforderlich.
- Sie müssen für die Untersuchung nicht nüchtern sein.

#### Wie viel Zeit müssen Sie für den gesamten Untersuchungsablauf einplanen?

- Sie müssen mit ungefähr 15-20 Minuten für die gesamte Untersuchung rechnen.

#### Wie ist der Ablauf der Untersuchung?

- Für die Aufnahme der Bilder, die ca. 5 Minuten dauert, sollten Sie auf dem Tisch liegen bleiben und vermeiden, sich zu bewegen.
- Am Ende der Untersuchung müssen Sie einige Minuten warten, damit das ärztliche Personal die korrekte Aufnahme der Bilder überprüfen kann.

#### Welche sind die möglichen Risiken und Kontraindikationen?

Es gibt keine spezifischen Komplikationen im Zusammenhang mit der Durchführung der Untersuchung. Das Strahlenrisiko und der Nutzen, wird vom Arzt vorher genau bewertet.

#### Was sind die zusätzlichen Informationen für Frauen im gebärfähigen Alter?

Sie dürfen zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht schwanger sein.

Wenn Sie stillen, informieren Sie den Arzt darüber.

Dieser beurteilt dann die Notwendigkeit der Untersuchung und empfiehlt eventuell eine zeitliche Aussetzung des Stillens.

## EIGENERKLÄRUNG FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN

Ich Unterfertigte/er \_\_\_\_\_

geboren in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

erkläre, dass ich in einer mir verständlichen Art und Weise, hinsichtlich der Modalität der Durchführung, der klinischen Indikation und der mit der diagnostischen Untersuchung potentiell verbunden Risiken im Detail informiert wurde.

Ich hatte die Möglichkeit dem Arzt jene Fragen zu stellen, die mir wichtig erschienen, im Besonderen was Risiken und eventuelle Komplikationen anbelangt.

Es wurde mir die nötige Bedenkzeit gegeben. Ich erkläre daher, keine weiteren Fragen zu haben und mir des Nutzens dieser diagnostischen Untersuchung für meine Gesundheit bewusst zu sein. Ich erkläre mich freiwillig dieser Untersuchung und der Verabreichung von Radiopharmaka oder anderer Pharmaka, die sich als notwendig erweisen werden, unterziehen zu wollen.

### Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Ich schließe eine vermutete oder reelle Schwangerschaft am heutigen Tag der diagnostischen Untersuchung aus. Ich bin informiert, dass wenn auch nur eine geringe Wahrscheinlichkeit einer möglichen Schwangerschaft gegeben ist, ich den Facharzt benachrichtigen muss, da man die Untersuchung aus Strahlenschutzgründen verschieben muss.

Bozen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/der Patientin  
(oder des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)

Stempel und Unterschrift  
des Arztes/der Ärztin

Informationsblatt wird ausgehändigt

### Genehmigung für die Verarbeitung personenbezogener Daten für wissenschaftliche Zwecke von retrospektiven Studien

Der/Die Unterfertigte ermächtigt Seine/Ihre anonymisierten Daten zu Forschungszwecken zu erheben, zu bearbeiten und zu veröffentlichen.

Bozen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/der Patientin \_\_\_\_\_

Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen  
Tel. 0471 438313

E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano  
Tel. 0471 438313

E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano