



Aufklärung und Einwilligung Feinnadelpunktion der Schilddrüse

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis und bitten Sie, diesen Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen. **Bitte geben Sie mitgebrachte Unterlagen zu Voruntersuchungen an der Anmeldung ab. Sie erhalten diese nach der Untersuchung zurück.** Mit den Assistenten oder dem Arzt/der Ärztin können Sie vor der Untersuchung noch offene Fragen besprechen.

Name, Vorname	Geb.-Dat.
Adresse	
E-Mail	Telefon
Krankenkasse	KVB I-III ☐ KVB IV ☐ Post B ☐ Beihilfe ☐
Hausarzt	

Es wird Ihnen ärztlicherseits eine Feinnadelpunktion der Schilddrüse empfohlen, um eine feingewebliche Untersuchung eines unklaren SD-Knotens durchzuführen.

Die Punktion ist wenig schmerzhaft, vergleichbar mit der Venenpunktion bei einer Blutentnahme.

Sie sollten den Kopf während der Punktion überstreckt halten und sich nicht bewegen bzw. während des Punktionsvorgangs nicht schlucken.

Die Feinnadelpunktion ist eine komplikationsarme Methode, dennoch können auch dabei Komplikationen auftreten. Dazu gehören z. B. Blutungen und Infektionen (Entzündungen), die allerdings sehr selten sind.

Ein leichtes Druckgefühl nach der Punktion kommt vor, sollte aber nach kurzer Zeit zurückgehen.

Bei zunehmenden Beschwerden bzw. länger anhaltenden Beschwerden sollten Sie einen Arzt aufsuchen.

Sollten Sie blutverdünnende Medikamente einnehmen (z. B. ASS, Marcumar, Xarelto, Pradaxa), so müssen Sie dies dem Arzt vor der Punktion mitteilen. Unter laufender Einnahme dieser Medikamente darf die Feinnadelpunktion nicht durchgeführt werden.

Am Tag der Punktion sollten Sie keinen Sport treiben und insbesondere das Anheben schwerer Lasten meiden.

Ich leide unter einer Blutgerinnungsstörung: ☐ Ja ☐ Nein

Ich nehme blutverdünnende Medikamente bzw. Gerinnungshemmer ein: ☐ Ja ☐ Nein

Das Einverständnis wird auf unbestimmte Zeit erteilt und kann jederzeit von Ihnen schriftlich widerrufen werden.

Einwilligungserklärung: Die oben genannten Sachverhalte wurden mir erläutert. Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit, nach ausreichender Bedenkzeit, meine Einwilligung zur geplanten Untersuchung.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patient(in)¹ / gesetzl. Vertreter²

Unterschrift Arzt

Daten übern.:

Bei Übersetzung: Name/Unterschrift des Übersetzers

Wünschen Sie dieses Formular als Kopie?

☐ Ja ☐ Nein

Kopie erhalten: Unterschrift Patient(in)

Bitte behalten Sie den Bogen bis Sie aufgerufen werden.

Bitte achten Sie auf Ihre Garderobe, da die Praxis keine Haftung dafür übernehmen kann.

MVZ Radiologie Dreiländereck GmbH
Basler Straße 78a, 79540 Lörrach und Bahnhofplatz 7, 79618 Rheinfelden
Telefon +49 (0)7621 585890, E-Mail info@zr3.de, www.zr3.de

¹ Auch Minderjährige oder betreute Erwachsene sollten ergänzend unterschreiben, wenn Sie in der Sache verständig sind.

² Grundsätzlich sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.