



Aufklärungsbogen für bildgesteuerte Organpunktionen

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

- Schilddrüse.....
- Brust
- Thorax/Lunge/Pleura
- Abdomen/Beckenorgane.....
- Knochen.....
- Andere.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen soll eine Organpunktion durchgeführt werden.

Untersuchungsablauf

Vor der Punktion erfolgt eine Desinfektion der Haut. Je nach Organ wird eine lokale Betäubung durchgeführt.

Die eigentliche Punktion erfolgt bildgesteuert mit einer einfachen Kanüle zur Entnahme von Flüssigkeiten (z.B. Zystenpunktion) oder mit speziellen Biopsiekanülen (zur Gewinnung von Gewebematerial).

An der Punktionsstelle können leichte Schmerzen auftreten. Diese Beschwerden sind harmlos und klingen nach der Punktion in der Regel wieder ab.

Nach der Untersuchung

Nach der Punktion sollten Sie je nach Punktionsort körperliche Anstrengungen vermeiden um einer Einblutung vorzubeugen.

Risiken der Untersuchung

Trotz sorgfältiger Punktion kann es zu einer Einblutung in das Gewebe kommen und ein Bluterguss entstehen. Dadurch können einige Tage anhaltende Schmerzen auftreten, die in aller Regel keiner weiteren Behandlung bedürfen.

Punktionen der Lunge und der Bauchorgane sind mit speziellen Risiken verbunden (z.B. Pneumothorax = Kollaps der Lunge), so

dass diese Untersuchungen meist eine anschließende stationäre Überwachung erforderlich machen.

Sehr selten sind Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Betäubungsmittel, die sich als Juckreiz, Hautausschlag, Übelkeit oder ähnliche leichtere Reaktionen äußern.

Schwerwiegende Nebenerscheinungen (z.B. Atemstörungen oder Herz- und Kreislaufstörungen) sowie bleibende Schäden durch mangelnde Organdurchblutung (z.B. Nierenversagen, Nervenlähmung) oder Infektionen sind selten.

Bei einer Röntgenuntersuchung wird der Körper einer geringen Strahlendosis ausgesetzt. Im Falle einer Schwangerschaft besteht das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes und es sollten nach Möglichkeit andere Untersuchungsverfahren eingesetzt werden (z.B. Ultraschall oder MRT).

Handschriftliche Ergänzungen:

Angaben zu bestehenden Vorerkrankungen

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt
(z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamente)? **Ja** **Nein**

Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel
Reaktionen auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)? **Ja** **Nein**

Haben Sie eine **Blutungsneigung**? **Ja** **Nein**

Nehmen Sie Medikamente zur **Gerinnungshemmung**
ein (z.B. Marcumar, ASS)? **Ja** **Nein**

Könnte eine **Schwangerschaft** bestehen?
(nur für Frauen im gebärfähigen Alter) **Ja** **Nein**

Wurde eine derartige Punktion bereits früher durchgeführt? **Ja** **Nein**

Wenn ja, bitte genaue Angaben:

Liegt bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten vor:

Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) **Ja** **Nein**

Nierenfunktionsstörung **Ja** **Nein**

Wenn ja, bitte genaue Angaben:

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis am Kulturbahnhof in Kassel zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die erstellten Untersuchungsbefunde an die weiterbehandelnden Ärzte weiterleiten darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. **Ja** **Nein**

Einwilligungserklärung

Über Notwendigkeit, Art, Zweck und Hergang des Eingriffes wurde ich in einer mir verständlichen Form informiert. Mir ist bekannt, dass unter Umständen das Ziel der Untersuchung nicht erreicht oder sogar Komplikationen auftreten können. Alle mir bekannten Leiden, besonderen Reaktionsweisen (Allergien) und Medikamenteneinnahmen habe ich genannt.

Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit meine Einwilligung zu dem Eingriff.

Kassel, den _____
Datum Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer Arzt

Aufklärungsunterlagen

Ich wurde darüber informiert, dass ich nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe.

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens **Ja** **Nein**

Im Falle von „Ja“ bestätige ich eine Kopie erhalten zu haben.

Kassel, den _____
Datum Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer Arzt