

PATIENTENAUFKLÄRUNG

GEWEBEENTNAHME AUS DER SCHILDDRÜSE (FEINNADELPUNKTION)

Name:

Geburtsdatum

Die feingewebliche Untersuchung einer Gewebeprobe aus der Schilddrüse ermöglicht es, Knoten der Schilddrüse mit großer Sicherheit weiter abzuklären.

Durchführung:

Die Punktion wird am liegenden Patienten mit überstrecktem Nacken durchgeführt. Falls der Knoten nicht zweifelsfrei zu ertasten ist, wird die Punktion unter Umständen mittels Ultraschallkontrolle vorgenommen.

Die Hautstelle über dem Knoten wird desinfiziert, eine örtliche Betäubung ist nicht erforderlich, da einerseits sehr dünne Nadeln verwendet werden und andererseits in der Regel nur der Durchstich durch die Haut verspürt wird. Während der Punktion sollten Sie nicht schlucken.

Falls Sie zu häufigem Nasenbluten, auffällig langem Bluten nach Verletzungen, blauen Flecken ohne Verletzung oder nach leichter Berührung neigen, ersuchen wir Sie, uns dies mitzuteilen. Ebenso ist es wichtig für uns zu wissen, ob Sie gerinnungshemmende Mittel einnehmen (z.B. Marcoumar, Aspirin, etc.).

Die Feinnadelpunktion macht in der Regel keinerlei Komplikationen.

Welche Komplikationen könnten auftreten?

- Gelegentlich kann ein ziehender Schmerz im Punktionsbereich noch eine Zeitlang anhalten.
- Blutergüsse oder Infektionen an der Einstichstelle sind extrem selten.


Was ist nach dem Eingriff zu beachten?

Sie sollten für mindestens 5-10 Minuten die Einstichstelle mit der Hand komprimieren, um eine lokale Blutung auszuschließen. In den ersten ein bis zwei Stunden nach dem Eingriff sollten starke körperliche Anstrengungen vermieden werden. Weitere Maßnahmen sind nicht erforderlich, der Eingriff kann ambulant durchgeführt werden.

Falls Sie zu diesem Eingriff noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an ihren betreuenden Arzt.

Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin NICHT schwanger: (Bitte ankreuzen!)

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen und verstanden habe. Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

 Unterschrift der Patientin/des Patienten und/oder des gesetzlichen Vertreters	Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Datum/Uhrzeit	Name und Unterschrift der/des MTD

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem Sie betreuenden medizinisch-technischen Fachpersonal zu übergeben.

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch