

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine **Schilddrüsen-Punktion** durchgeführt werden. Bei Voruntersuchungen Ihrer Schilddrüse haben sich Knoten oder Zysten gezeigt, die weiter abgeklärt werden sollen.

Untersuchungsablauf:

Eine wesentliche Vorbereitung zur Punktion ist nicht erforderlich. Eine Punktion der Schilddrüse erfolgt schonend mit einer Feinnadel, die nicht dicker als eine Kanüle zur Blutentnahme ist. Aus dem Knoten oder der Zyste werden dabei Zellen gewonnen, die später nach Anfärbung unter dem Mikroskop genauer beurteilt werden können. Der Punktionsvorgang selbst dauert nur wenige Sekunden. Eine örtliche Betäubung ist nicht erforderlich.

Komplikationen:

Eine risikolose Untersuchung gibt es in der Medizin kaum. Nach der Punktion bleibt gelegentlich ein lokaler Druckschmerz, der aber nach ein bis zwei Tagen abklingt. Lokale Reaktionen an der Punktionsstelle, wie z.B. Nachblutungen, sind wie bei jeder Blutentnahme oder Injektion möglich, aber selten. Sehr selten können manchmal Schilddrüsenentzündungen auftreten, die aber vom Arzt gut zu behandeln sind.

Bitte unbedingt beachten! Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

Nach der Punktion sollten Sie körperliche Anstrengungen meiden. Pressen Sie den Tupfer nach der Punktion noch mindestens 5 min auf die Punktionsstelle und verbleiben sie 15 Minuten in der Praxis. Sollten nach der Punktion Probleme auftreten, melden Sie sich bitte bei uns.

Bitte fragen Sie uns, falls Sie etwas nicht verstanden haben oder weitere Informationen möchten. Ansonsten bitten wir Sie, den Frage- und Einverständnisbogen auszufüllen.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Bei Bedarf sind wir Ihnen gerne beim Ausfüllen behilflich.

Name, Vorname:

geboren am:

Größe:

Gewicht:

Bestehen bei Ihnen bekannte Allergien (z.B. Jod, Arzneimittel, Desinfektionsmittel?) Ja Nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie eine verstärkte Blutungsneigung oder besteht eine bekannte Blutgerinnungsstörung? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein? Ja Nein

Nehmen Sie zurzeit Schilddrüsen-Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine chronische Erkrankung? Ja Nein

Bluthochdruck	Asthma
Herz- oder Lungenschwäche	Anfallsleiden
sonstige chronische Erkrankungen	

Bitte wenden →

Vermerke des/der aufklärenden Arztes/Ärztin:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin des Diagnostikum Berlin

Mein überweisender Arzt / meine überweisende Ärztin soll Untersuchungsergebnisse erhalten.

Einwilligungserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich (ggf. für den Patienten):

- den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden zu haben sowie die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
- über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen und bin vollumfänglich aufgeklärt.
- mit der Applikation der radioaktiven Substanz durch das med. Assistenzpersonal (MTR, MFA) einverstanden zu sein.
- mir meine Entscheidung gründlich überlegt zu haben. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Untersuchung ein.

Doctolib

Hiermit willige ich ein, dass das Diagnostikum Berlin mich bezüglich meines Termins erinnern darf. Mit meiner Einwilligung willige ich in die Datenverarbeitung meiner Mobilfunknummer oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Terminerinnerung ein. Wir weisen Sie daraufhin, dass wir für die Terminerinnerung Doctolib als Dienstleister einsetzen. Die Einwilligung erfolgt auf Basis von Art. 9 Abs. 2 lit. a) i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a) und 7 DSGVO.

Eine Verarbeitung oder Übermittlung meiner personenbezogener Daten erfolgt nicht zu anderen Zwecken.

Ich erteile **keine** Einwilligung bezüglich des Terminerinnerungsservices

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Meine Einwilligungen zur Übermittlung an meine/n überweisende/n Arzt/Ärztin sowie zum Terminerinnerungsservice kann ich jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen. Mit einem Widerruf nach Art. 7 Abs. 3 der DS-GVO wird der Rechtsgrund der Datenverarbeitung aus der Vergangenheit nicht entzogen. Dieser entfaltet seine Wirkung ausschließlich ab Zugang des Widerrufs in die Zukunft.

Ich bin einverstanden, dass mir **KEINE** Kopie des Aufklärungsbogens ausgehändigt wird.

ja

nein

Datum, Unterschrift Patient*In/Bevollmächtigte*r

Name Bevollmächtigte*r

X