

# Checkliste Stanzbiopsie (ultraschallgesteuert)

## Was sie vor der Untersuchung beachten sollten:

- Wenn sie andere blutverdünnenden Medikamente einnehmen, sagen Sie uns bitte im Vorfeld Bescheid, damit wir dies individuell besprechen können.
- Essen Sie am Untersuchungstag wie gewohnt, sie sollten nicht nüchtern sein.

## Nach der Untersuchung:

- Das Pflaster kann nach ca. 12 – 24 Stunden entfernt werden (bei einer Unverträglichkeit entfernen Sie bitte das Pflaster sofort)
- Am Abend des Eingriffes kann ein Schmerzmittel eingenommen werden (Ibuprofen oder Paracetamol)
- vollständiges Duschen erst ab dem nächsten Tag
- keine körperliche Anstrengung für die nächsten 12 Stunden (Sport, Sauna, etc.)

## Was Sie zu der Untersuchung mitbringen sollten:

- Krankenkassen-Chipkarte
- Überweisungsschein
- mögliche Voruntersuchungsaufnahmen oder Dokumente bezüglich der Diagnose



Weitere Infos unter

[www.radiologie-foersterling.de](http://www.radiologie-foersterling.de)

# Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die heutige Untersuchung und eine eventuell erforderliche Kontrastmittelgabe bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen gründlich auszufüllen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_  
Gewicht (kg): \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Gegebenenfalls Zutreffendes bitte unterstreichen!

1. Wurden Sie am Herzen operiert, z.B. **Herzschrittmacher**, **Defibrillator** oder eine **Herzklappe**?  nein  ja
2. Haben Sie Metallteile im Körper z.B. Endoprothesen?  nein  ja  
a. Wenn ja, welche? Seit wann? \_\_\_\_\_
3. Tragen Sie technische Geräte im / am Körper, z.B. **Insulinpumpe**, **Diabetes-Sensor** oder **Schmerzpumpe**?  nein  ja
4. Tragen Sie ein **Hörgerät** oder ein **Cochlea-Implantat**?  nein  ja
5. Haben Sie Platzangst/ Klaustrophobie?  nein  ja
6. Haben Sie eine **Jodallergie** oder **Kontrastmittelallergie**?  nein  ja
7. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?  nein  ja  
a. Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_
8. Liegt bei Ihnen eine Zuckererkrankung vor?  nein  ja  
a. Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_
9. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?  nein  ja
10. Sind Sie mit einer ggf. notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden?  nein  ja
11. Für Frauen im gebärfähigen Alter:  
a. Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja

Salzgitter, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in