

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

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-Implantant**? 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