



## AUFKLÄRUNGSBOGEN DURCHFÜHRUNG EINER STANZBIOPSIE



Liebe Patientin,

bei Ihnen ist ein abklärungsbedürftiger Befund der Brust entdeckt worden, der feingeweblich untersucht werden muss. Da die Auffälligkeit im Ultraschall erkennbar ist, können wir unter sonographischer Kontrolle eine Gewebeentnahme mit einer speziellen Biopsienadel vornehmen. Der Eingriff erfolgt ambulant unter örtlicher Betäubung der Brust und ist somit nicht schmerzhaft, auch ein späterer „Wundschmerz“ ist nicht zu erwarten. Dauer des Eingriffs etwa 10 Minuten. Anschließend wird der Bereich für 5–10 Minuten komprimiert und dann mit einem kleinen Verband versorgt. Bei Blutungsneigung kann zusätzlich ein Verband mit einer elastischen Binde angelegt werden.

### Komplikationen:

- Gelegentlich kann ein Bluterguss auftreten, der aber folgenlos ausheilen wird.
- Selten kann es auch zu Entzündungen der Brust kommen, ohne dass bleibende Schäden zu befürchten sind.
- Eine Zellverschleppung entlang des Stichkanals ist zwar theoretisch möglich, weltweite intensive Untersuchungen haben aber bis jetzt noch nicht erkennen lassen, dass es dadurch zu einer Zellaussaat und damit Krankheitsverschlimmerung kommt.

### Vor der Untersuchung möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten:

Besteht eine Allergie gegenüber lokalen Betäubungsmitteln?

Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Ja, welche \_\_\_\_\_  Nein

Leiden Sie an einer chronischen Infektion wie Hepatitis, HIV, usw.?

Ja, welche \_\_\_\_\_  Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

Falls Sie diese Ausführungen nicht verstanden haben oder zusätzliche Auskünfte wünschen, sprechen Sie uns bitte an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

### Einverständniserklärung

Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Mit der Untersuchung zu den oben genannten Bedingungen bin ich einverstanden und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die Durchführung der Untersuchung ein.

Ich bin damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin Alzey meine Befund- und/oder Bilddaten an mich behandelnde Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, bei Anfrage und Erfordernis, weiterleiten darf. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

---

Alzey, Datum

Unterschrift Patientin/betreuende Person

Unterschrift Arzt

  
**Name der Patientin** (bitte in Druckbuchstaben)