

## **Radiologische Praxis**

Dr. Björn Kalka, Dr. Björn Epple, Dr. Pascal Fischer, Dr. Matthias Erdinger  
Schlichtener Str.105 73614 Schorndorf  
Tel: 07181/93877-0/Fax: 07181/93877-20  
e-mail: info@radiologie-schorndorf.de

### **Aufklärungsbogen zur Feinnadelpunktion Schilddrüse**

Ich wurde von Herrn/ Frau Dr. \_\_\_\_\_ über die Feinnadelpunktion der Schilddrüse informiert und habe den Aufklärungsbogen erhalten. Ich bin mit der Feinnadelpunktion der Schilddrüse einverstanden.

Folgende Komplikationen können auftreten:

- Blutungen
- Entzündung im Bereich der Punktionsstelle
- Gefäß- und Nervenverletzungen
- Verletzung Nachbarstrukturen

---

Selten kann sich ein kleiner Bluterguss bilden. Dieser bildet sich in der Regel in wenigen Tagen zurück. Eine Verschleppung von Tumorzellen ist nicht bekannt. Eine Verletzung der umliegenden Organe und Strukturen ist sehr selten. Eine Feinnadelpunktion hat nur eine diagnostische Sicherheit von ca. 70%. Ein unauffälliger Befund schließt ein Schilddrüsenkarzinom nicht aus. Gegebenenfalls können auch nicht ausreichend Zellen vorhanden sein, so dass die Feinnadelpunktion gegebenenfalls nicht verwertbar ist und wiederholt werden muss.

Sollten Sie an einer Gerinnungsstörung leiden oder gerinnungshemmende Medikamente einnehmen wie Aspirin oder Marcumar, sind diese vor einer Punktion zu pausieren. Diesbezüglich sollten Sie Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt, z.B. Hausarzt, halten.

## Radiologische Praxis

Dr. Björn Kalka, Dr. Björn Epple, Dr. Pascal Fischer, Dr. Matthias Erdinger  
Schlichtener Str.105 73614 Schorndorf  
Tel: 07181/93877-0/Fax: 07181/93877-20  
e-mail: info@radiologie-schorndorf.de

Besteht eine vermehrte Blutungsneigung?      Nein       Ja

Nehmen sie gerinnungshemmende Mittel ein?      Nein       Ja

Ich bin über die möglichen Komplikationen aufgeklärt worden. Ich bin mit der Feinnadelpunktion der Schilddrüse einverstanden, habe keine weiteren Fragen und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Schorndorf, den \_\_\_\_\_  
(Datum)

---

Unterschrift Patient

---

Unterschrift Arzt