



Spital Zollikerberg

Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Trichtenhauserstrasse 20

CH-8125 Zollikerberg

Tel. +41 (0)44 397 21 11

Fax. +41 (0)44 397 21 12

info@spitalzollikerberg.ch

www.spitalzollikerberg.ch

Punktion / Biopsie

Radiologie

Chefarzt Dr. med. Stephan A. Meier

Radiologie FMH

stephan.meier@spitalzollikerberg.ch

Tel. +41 (0)44 397 23 11

Fax. +41 (0)44 397 26 84

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Merkblatt informiert Sie über den bei Ihnen geplanten Eingriff. Bitte lesen Sie es aufmerksam durch, damit Sie dem zuständigen Arzt gegebenenfalls zusätzliche Fragen stellen können.

Notwendigkeit des Eingriffes:

Bei Ihnen wurde eine entzündliche oder tumoröse Veränderung festgestellt, die zur Krankheitserkennung (Diagnose) mit einem bildgebenden Verfahren punktiert werden soll. Für die weitere Behandlung und Beratung ist eine genaue Krankheitserkennung notwendig. Diese kann nach Ansicht Ihres Arztes am einfachsten und schnellsten mit einer Punktion erreicht werden. Als weitere Möglichkeit käme nur eine offene, chirurgische Gewebentnahme, die wesentlich eingreifender ist, oder ein Abwarten des Krankheitsverlaufes mit oder ohne Behandlung in Frage.

Die Untersuchung:

Um Material zu gewinnen, wird eine Hohlnadel nach örtlicher Betäubung in den Krankheitsherd eingeführt und Flüssigkeit oder Gewebe für eine Untersuchung entnommen. Am Monitor kann die präzise Führung der Nadel verfolgt werden. Je nach Ort der Einstichstelle kann der Eingriff teilweise auch ohne eine Betäubung durchgeführt werden. Der Stich der Betäubungsnadel oder der Stich für die Punktion selbst sind nur leicht schmerzhaft. In der Regel spüren Sie nur einen Druck. Wird für die Untersuchung eine Methode mit Röntgenstrahlen gewählt, werden selbstverständlich alle Massnahmen getroffen, um die Röntgenstrahlenexposition für Sie möglichst gering zu halten. Das Resultat der Untersuchung wird nicht unmittelbar zur Verfügung stehen, sondern wird Ihnen später vom behandelnden Arzt mitgeteilt.

Risiken und Komplikationen:

Risikofreiheit kann grundsätzlich bei keinem medizinischen Eingriff garantiert werden. Je nach Ort der Einstichstelle muss eine Verletzung benachbarter Organe (z.B. Darm), von Nerven oder Blutgefässen vorgebeugt werden. Deshalb wird der Eingriff mit Hilfe von bildgebenden Verfahren durchgeführt. Oft nicht ganz zu vermeidende Komplikationen können, je nach Lokalisation der Punktion, eine Luftansammlung im Brustfellraum oder lokale Einblutungen im Bereich der Probeentnahme sein. Deshalb ist manchmal eine Nachkontrolle angezeigt, beispielsweise eine Lungenröntgenaufnahme nach Punktion im Brustraum. Sollte trotz angewandeter ärztlicher Kunst eine grössere Komplikation auftreten (z.B. nicht stoppende Blutung) kann eine weitere Behandlung notwendig werden wie z.B. eine Drainageeinlage oder aber auch ein operativer Eingriff. Ernsthafte Komplikationen, wie Blutung, Infektion, oder Verletzung von Organen sind extrem selten. Schmerzen nach der Punktion sind in der Regel höchstens geringfügig. Bei Bedarf erhalten Sie ein Schmerzmittel.

Patientenetikett

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Punktion / Biopsie

Fragen an Sie:

Damit wir den Eingriff möglichst sicher für Sie planen können, bitten wir Sie folgende Fragen wahrheitsgemäss zu beantworten:

- Haben Sie schon einmal ein Röntgenkontrastmittel erhalten? Ja Nein
- Leiden Sie an Allergien (z.B. Kontrastmittel/Heuschnupfen/Asthma)? Ja Nein
wenn ja, welche? _____
- Leiden Sie an einer Blutgerinnungstörung Ja Nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? Ja Nein
wenn ja, welche _____
- Bei Frauen: könnten Sie schwanger sein? Ja Nein

Haben Sie Fragen oder Bedenken? Wenn ja, dann lassen Sie uns diese wissen. Das Team der Radiologie und der Arzt, der den Eingriff durchführen wird, sind für Sie da.

Einverständniserklärung:

Ich habe die umseitigen Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit dem mir vorgeschlagenen Eingriff einverstanden. Unklarheiten wurden mir durch den behandelnden Arzt/Ärztin erklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt/in

für die Radiologie:

Identität Patient ok
Überweisung ok
Krea-Clear _____
Quick / INR _____
Throm _____
RR / Puls _____

Visum MTRA