



Fragebogen zur Draht-/Clipmarkierung von Brustläsionen

Bitte geben Sie dieses Formular vor der Untersuchung ab.

Name Patientin			
Geb.-Dat.	Zi-Nr.	Telefon	MTD

Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Marcoumar, Aspirin ...) Ja Nein

Sind Sie Allergiker? Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Hepatitis- oder HIV-Infektion? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Achtung

- Das Lokalanästhetikum kann die Reaktionsfähigkeit und Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen: Bitte steuern Sie in den nächsten 24 Stunden kein KFZ bzw. arbeiten nicht an gefährlichen Maschinen.
- Bitte entfernen Sie den angelegten Verband nicht vorzeitig und vermeiden sie das Waschen der Wunde für mindestens 3 Tage.
- Sollten Nachblutungen oder andere Komplikationen auftreten, verständigen Sie den zuständigen Stationsarzt.

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden.

Datum/Uhrzeit	Unterschrift Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt/RT
---------------	--	-----------------------------

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

Der Patient stimmt der Untersuchung zu Ja Nein

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde die Patientin über die sich ergebenden Nachteile informiert.