**Informationsblatt Feinnadelpunktion – Patienteneinwilligung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie sind von Ihrem Arzt bei uns für eine Feinnadelpunktion angemeldet worden. Es handelt sich dabei um einen diagnostischen Eingriff, der die Natur einer unklaren Schwellung, Knotenbildung oder Organvergrösserung auf einfache und schnelle Art abklären kann. Zur Optimierung des Eingriffs wird bei der Mehrzahl der Patienten zusätzlich eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Der Eingriff ist vergleichbar mit dem Einstich einer Spritze. Aus der Veränderung werden mit einer sehr dünnen Nadel (meist 0.55 mm im Durchmesser) Zellen gewonnen, welche anschliessend am Mikroskop auf allfällige Veränderungen hin untersucht werden. Das Ergebnis wird im Regelfall innerhalb von 3 Arbeitstagen dem zuweisenden Arzt/Ärztin bekannt gegeben.

Eine Punktion dauert in der Regel ca. 10-20 Sekunden. Oftmals müssen zur Gewinnung von genug Material auch zwei Punktionen durchgeführt werden. In den meisten Fällen verspürt der Patient/die Patientin lediglich ein Ziehen. Manchmal ist der Eingriff etwas schmerzhaft, in Form von Stechen oder Brennen. Bei Punktionen im Kopf-/Halsbereich kann es zu leichten ausstrahlenden Schmerzen z.B. ins Kinn oder die Ohren kommen, welche auch nach dem Eingriff eine kurze Zeit lang anhalten können. Selten bilden sich an der Stelle Blutergüsse, welche sich innerhalb von wenigen Tagen zurückbilden. Die Gefahr in Form einer Entzündung oder Verschleppung von Krebszellen, obwohl theoretisch gegeben, ist äussert gering. Eine spezielle Vorbereitung oder eine Lokalanästhesie ist nicht notwendig.

Sollten Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die behandelnde Ärztin/behandelnden Arzt oder an das assistierende Personal.

**Bitte beantworten Sie folgenden Fragen:**

*Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Antworten und die Kenntnisnahme der obigen Informationen.*

1. Wurde bei Ihnen schon mal eine Feinnadelpunktion durchgeführt?

🞏 Nein 🞏 Ja, wann:

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

🞏 Nein 🞏 Ja, welche:

1. Haben Sie eine Allergie?

🞏 Nein 🞏 Ja, gegen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |  |  |
| Zürich, den |  | Unterschrift |  |