



Aufklärungsbogen für präoperative Drahtmarkierung der Brust

Sehr geehrte Patientin,

Sie wurden uns zur Markierung Ihrer unklaren, suspekten Veränderung in der Brust (z.B. Knoten, Mikrokalk) zugewiesen. Unter einer **präoperativen Drahtmarkierung der Brust** versteht man, dass das Areal, das operativ entfernt werden soll, vor der Operation aufgesucht und markiert wird, damit der Operateur die Veränderung sicher finden kann.

Der Eingriff erfolgt am Tag der Operation. Die zu markierende Veränderung wird mittels Mammographie dargestellt. Nach Desinfektion der Einstichstelle wird die verdächtige Stelle mit einer Nadel punktiert und durch diese Nadel ein dünner Draht vorgeschoben, der sich mit einem Widerhäkchen verankert. Die Nadel wird dann wieder entfernt, der Draht dient dem Operateur als Wegweiser zu der Veränderung. Nach der Punktion wird der Draht mit einem Verband abgedeckt. Wir empfehlen Ihnen, sich nach der Markierung bis zu dem operativen Eingriff körperlich zu schonen, um eine Verlagerung des Drahtes zu verhindern.

Die Markierung dauert üblicherweise ca. 30 Minuten.

Welche Komplikationen können auftreten:

- Bluterguss (blauer Fleck) und leichte Schmerzen an der Einstichstelle.
- Selten Kreislaufbeschwerden mit Kollaps nach Punktion.
- Sehr selten Infektionen.
- Extrem selten Punktion der Lungenhöhle mit nachfolgenden Pneumothorax (Lungenflügelkollaps)

Praxis für Radiologie, Nuklear-
medizin und Strahlentherapie

Friedrich-Ebert-Straße 50
34117 Kassel

Telefon: 0561 104 188
Telefax: 0561 777 404

E-Mail: radiologie-ks@t-online.de
Internet: www.radiologie-kassel.de



Aufklärungsbogen für präoperative Drahtmarkierung der Brust

Um eine möglichst komplikationsfreie Markierung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die Fragen auf der folgenden Seite zu beantworten.

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen?

Ja Nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (wie z.B. Marcumar, Aspirin)?

Ja Nein

wenn ja, welche _____

Leiden Sie an Allergien?

Ja Nein

wenn ja, gegen _____

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Achtung:

Bitte entfernen Sie den angelegten Verband nicht und waschen Sie die Punktionsstelle nicht.

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

Ich willige ein, dass meine genannten Daten zum Zweck der Behandlung und Beratung gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Kassel, den _____

Die Patientin

Gemeinschaftspraxis für
Radiologie und Strahlentherapie

Friedrich-Ebert-Straße 50
34117 Kassel

Telefon: 0561 104 188
Telefax: 0561 777 404

E-Mail: radialogie-ks@t-online.de
Internet: www.radiologie-kassel.de