



Name: .....

Geb. Datum: .....

## Einwilligungserklärung Biopsie (Gewebeentnahme) der Brust

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Biopsie meiner Brustläsion am selben Tag der ärztlichen Aufklärung und meiner Einwilligung erfolgt.

Über die Biopsie, sowie die damit verbundenen Risiken, wurde ich aufgeklärt. Den Aufklärungsbogen habe ich erhalten, durchgelesen und verstanden. Mir wurden alle Fragen ausreichend beantwortet. Mir wurde freigestellt, den Eingriff erst zu einem späteren Zeitpunkt/an einem anderen Tag durchführen zu lassen.

Weiters wurde ich darüber informiert, dass bei Verabreichung einer lokalen Anästhesie (Betäubung) die Fahrtüchtigkeit (Lenken eines KFZ) beeinträchtigt sein kann.

....., am .....

.....  
(Patient\*in)

....., am .....

.....  
(behandelnde\*r Ärztin\*Arzt)

### Kontakt:

<p><i>Institut für Radiologie</i> Leitung: Prim. Univ.-Prof Dr. Helmut Schöllnast, MBA Tel.: +43 316/5466-6702 Fax.: +43 316/5466-6704 Mail: radiologie@lkh-graz2.at</p>	<p><i>Spezialambulanz für erweiterte Mammadiagnostik</i> Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie Lokalisation, Markierung, Zweitmeinung/Stellungnahme Terminvereinbarung: 0316/5466-6744</p>
--	--