

# Checkliste

## MRT/TRUS-fusionierte Prostatabiopsie

Wahlarzt

Ja ☐

Nein ☐

*Patientenaufkleber*

### Sprechstundenarzt

Ja Nein

☐ ☐ Indikation fachärztlich überprüft (Läsion: \_\_\_\_\_ PSA-Wert: \_\_\_\_\_)

☐ ☐ Allergien gegenüber Antibiotika bekannt?

☐ ☐ Antibiotikaeinnahme in den letzten 6 Monaten? Rektalabstrich erforderlich?

☐ ☐ Patient schriftlich aufgeklärt

☐ ☐ Urinkultur angelegt, Patient auf Abfrage dieser hingewiesen

☐ ☐ Blutentnahme bei Gerinnungsstörung / Einnahme von Antikoagulanzen

☐ ☐ MRT wurde eingelesen und auf Qualität überprüft

☐ ☐ Studien-Aufklärung erfolgt

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Sprechstundenarzt

### Pflege am Biopsietag

Ja Nein

☐ ☐ Antibiotika wurden eingenommen falls Urinkultur mit signifikantem Keimnachweis

☐ ☐ Antibiotikaname: \_\_\_\_\_

☐ ☐ Aufklärung liegt vor

☐ ☐ keine blutverdünnenden Medikamente eingenommen

☐ ☐ Studienpatient (dann frühzeitige Info an eingeteilten Assistenz- und Oberarzt)

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Pflege

### Operateur

Ja Nein

☐ ☐ Indikation, Aufklärung, Urinkultur und ggf. Labor überprüft

☐ ☐ Präoperatives Gespräch mit Patient geführt

☐ ☐ Perioperative antibiotische Prophylaxe / Therapie appliziert

☐ ☐ OP-Bericht angelegt

☐ ☐ Vorläufiger Ambulanzbrief angelegt

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Operateur