

Gastroenterologie
Dr. med. Stefan Bauer, Leitender Arzt
Dr. med. Peter Gedeon, Leitender Arzt
Dr. med. Wojtek Bielecki, Konsiliararzt
Dr. med. Jürg Sollberger, Konsiliararzt
Fon: 034 421 23 10
Fax: 034 421 23 35
Mail: gastroenterologie@spital-emmental.ch
Regionalspital Emmental
3400 Burgdorf

Herr/Frau

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR GASTROENTEROLOGISCHEN UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG – Abgabe-/Versanddatum:

Sehr geehrte(r) Patient(in)

Bei Ihnen ist eine **Gewebepunktion resp. die Punktion einer Flüssigkeitsansammlung** vorgesehen. Für die Durchführung dieser Untersuchung brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung. **Bitte lesen Sie dieses Schreiben sofort nach Erhalt genau durch. Beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite, und unterschreiben Sie dort spätestens am Vortag der Untersuchung. Bringen Sie das Blatt mit zur Untersuchung.** Im ärztlichen Gespräch werden wir **Notwendigkeit** von Untersuchung und Eingriff, **Risiken** sowie allfällige **alternative Methoden** mit Vor- und Nachteilen diskutieren. Notieren Sie sich Fragen und Unklarheiten, die Sie besonders besprechen möchten. Sobald alles klar ist, werden **Sie und der Gastroenterologe die Einwilligung auf der Vorderseite unterzeichnen.** Das unterschriebene Aufklärungs- und Einwilligungsformular wird in Ihrer Krankengeschichte abgelegt. **Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Sie können auch einen vorgängigen Besprechungstermin bei uns vereinbaren.**

Grund für Untersuchung / Verdachtsdiagnose:

GEWEBEPROBE MIT NADEL / PUNKTION EINER FLÜSSIGKEIT

Leberbiopsie (Entnahme eines Lebergewebezyinders)

Ultraschallgezielte Nadelpunktion aus

Anderes:

- **Ablauf der Untersuchung:** Nach örtlicher Betäubung und in der Regel auch intravenöser Verabreichung eines Beruhigungsmittels wird die Punktion mit einer feinen Nadel (0.7 mm - 1.4 mm) durchgeführt. Nach der örtlichen Betäubung ist die Punktion kaum schmerzhaft. Der Punktionsvorgang dauert nur kurze Zeit und wird bei Bedarf mehrmals durchgeführt.
- **Risiken:** Zytologie-Entnahmen (Gewinnung von Zellhaufen) mit sehr dünnen Nadeln (0.7 mm) sind mit einem nur minimalen Risiko behaftet. Bei Entnahme von Gewebszylindern mit Biopsienadeln (1.2 - 1.4 mm) kann es selten zu einer Blutung, einer Reizung des Bauchfelles, einer vorübergehenden Atembeklemmung durch Reizung des Brustfelles oder extrem selten zu einer Verletzung eines inneren Organes kommen.
- **Verhalten nach der Untersuchung:** Am Tag der Untersuchung empfehlen wir körperliche Schonung. Ab dem Folgetag ist wieder eine normale körperliche Aktivität möglich. Bei zunehmenden Bauchschmerzen, Kreislaufproblemen oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes kontaktieren sie bitte unverzüglich uns, Ihren Hausarzt oder Ihr nächstes Spital.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

- **Ich, die/der Unterzeichnende, habe das Aufklärungsblatt durchgelesen und verstanden.**
- **Ich wurde durch die/den Ärztin/Arzt über Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffes sowie über alternative Methoden in verständlicher Weise aufgeklärt.**
- **Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.**
- **Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung, bzw. des Eingriffes einverstanden.**

Burgdorf, den:

Unterschrift Patient/in:

Unterschrift Arzt/Ärztin

.....

.....

.....



Sie können **mithelfen, das Komplikationsrisiko möglichst gering zu halten**, indem Sie die Anweisungen zur **Vorbereitung genau befolgen** und untenstehende **Fragen vollständig beantworten**.

- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur **Blutverdünnung** (z.B. Marcoumar, Sintrom, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen **Blutplättchenhemmer** (z.B. Aspirin, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Brilique) oder **Schmerz-/Grippemittel** (z.B. Alcacyl, Voltaren, Brufen, Naproxen, Ponstan) genommen? **Ja** **Nein**
- Besteht eine vermehrte **Blutungsneigung** bei Operationen, bei kleinen Verletzungen z.B. beim Rasieren, Ziehen eines Zahnes? Oder besteht in Ihrer Familie eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung? **Ja** **Nein**
- Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? Auf Medikamente?
-
- Leiden Sie an einem **Herzklappenfehler** oder wurden Sie früher an einer **Herzklappe operiert**? **Ja** **Nein**
- Tragen Sie einen **Herzschrittmacher / Defibrillator** **Ja** **Nein**
- Leiden Sie an **Zuckerkrankheit**? **Ja** **Nein**
Wenn Ja, Behandlung mit **Tabletten** **Insulin**
- Ist bei Ihnen eine **Nierenfunktionsstörung** bekannt? **Ja** **Nein**
- Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? **Ja** **Nein**
- Haben Sie eine **Zahnprothese, lockere Zähne, eine Zahnkrankheit**? **Ja** **Nein**

- Falls Sie **regelmässig Medikamente** einnehmen, bringen Sie bitte eine **aktuelle Medikamentenkarte** mit zur Untersuchung oder **listen Sie die Medikamente nachfolgend auf**.

.....

.....

.....

.....

.....

Datum: Unterschrift:

(Bitte bis **spätestens am Vortag der Untersuchung** unterschreiben und Datum einfügen)

