

Herr/Frau

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG

Sehr geehrte(r) Patient(in)

Bei Ihnen ist eine **Darstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse** (bei Bedarf. kombiniert mit einem therapeutischen Eingriff) vorgesehen. Für die Durchführung dieser Untersuchung brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung. **Bitte lesen Sie dieses Schreiben genau durch und beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite. Bringen Sie es 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 die Einwilligung unterzeichnen. Das unterschriebene Aufklärungs- und Einwilligungsformular wird in Ihrer Krankengeschichte abgelegt.

Grund für Untersuchung / Verdachtsdiagnose:

RÖNTGENKONTRASTDARSTELLUNG DER GALLENWEGE UND DER BAUCHSPEICHELDRÜSE VIA ZWÖLFFINGERDARMSPIEGELUNG mit je nach Befund notwendigen endoskopischen Eingriffen:

- **Erweiterung der Gangöffnung durch einen kleinen Schnitt (Papillotomie)**
- **Entfernung von Steinen aus den Gallenwegen**
- **Einlage einer Prothese zur Verbesserung des Galleabflusses bei Gangeinengung**
- **Gewebeproben, Blutstillung**

Anderes:

- **Ablauf der Untersuchung:** Nach örtlicher Betäubung des Rachens und nach intravenöser Verabreichung eines Beruhigungsmittels wird ein bewegliches Instrument durch Mund, Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm bis zur gemeinsamen Mündung von Gallengang und Bauchspeicheldrüsengang eingeführt. Anschliessend wird in diese ein Kontrastmittel eingespritzt und geröntgt. Bei entsprechender Notwendigkeit werden obig erwähnte Eingriffe durchgeführt. Häufig wird vor der Untersuchung prophylaktisch ein Antibiotikum, in der Regel intravenös, verabreicht.
- **Risiken:** Komplikationen sind selten. Eine akute Bauchspeicheldrüsenerkrankung tritt in etwa 5 % auf. Relevante Blutungen sind selten und können meist in demselben Untersuchungsgang endoskopisch gestillt werden. Durch die Untersuchung bedingte Infektionen und Darmverletzungen sind selten. Operationen als Folge einer Komplikation sind sehr selten notwendig.
- **Verhalten nach der Untersuchung:** Die während der Untersuchung in den Darm eingeblasene Luft kann ein mehrere Stunden andauerndes Druckgefühl im Bauch verursachen. Bei zunehmenden Bauchschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, wiederholtem Erbrechen, allgemeiner Schwäche oder blutigem/schwarzem Stuhl 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 Ärztin/Arzt:

.....

.....

.....



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

- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Marcoumar, Sintrom) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Voltaren, Brufen, Ponstan oder ähnliche Grippe- bzw. Schmerzmittel genommen? Ja Nein

- Besteht eine vermehrte Neigung zu Blutergüssen (auch bei kleinen Verletzungen z.B. Ziehen eines Zahnes)? 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

- Leiden Sie an Zuckerkrankheit? Ja Nein

Wenn Ja, Behandlung mit Tabletten

Insulin

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....