



Patienteninformation und Aufklärungsbogen

Patientendaten/Aufkleber

Eingriff an Kopf-Hals-Hirn-Rückenmark

Röntgen-gestützte Behandlung von Gefässen am Kopf,
im Gehirn, am Hals und im Rückenmarkskanal

Zusätzlich zu den bereits erläuterten Komplikationsmöglichkeiten der diagnostischen Angiographie beinhaltet der jetzt geplante interventionelle Eingriff

- Verschluss von Tumorgefässen
- Verschluss einer Gefässmißbildung
- Verschluss einer Gefässaussackung mit
- Verschluss einer Halsschlagader
- Erweiterung einer Gefässverengung mit
- Sonstige _____
- Fistel
- Metallspiralen
- zur Probe
- Ballon
- Angiom
- Stent/FD
- Ballon
- auf Dauer
- Stent

Liebe Patientin, lieber Patient

Dieses Merkblatt informiert Sie über den bei Ihnen geplanten Eingriff. Bitte lesen Sie es aufmerksam durch, damit Sie dem zuständigen Arzt gegebenenfalls zusätzliche Fragen stellen können.

Notwendigkeit und Art des Eingriffes: _____

Alternative: _____

Verlauf des Eingriffes: s.Skizze Rückseite _____

Erfolgsaussichten: _____

Risiken: Der Verschluß von hirnversorgenden Arterien mit Klebstoff, kleinen Partikeln oder einem eingeführten Ballon kann vorübergehend zu Schmerzen am Kopf oder am Hals führen. Durch Abschwemmen von Verschlussmaterial oder geronnenen Blutbestandteilen in solche Gefässe, die das Gehirn oder die Gehirnnerven ernähren, kann es zu vorübergehenden, in seltenen Fällen auch bleibenden Funktionsstörungen kommen. Bei solchen Funktionsstörungen handelt es sich *um halbseitige Lähmungen oder Gefühlsstörungen an Kopf oder Körper, Herabsetzung der Sehfähigkeit eines Auges, Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen, Sprachstörung.* Beim Aufdehnen von Gefässen können diese platzen und Blutungen verursachen, die ebenfalls die beschriebenen Funktionsstörungen auslösen können. Bei Verkettung unglücklicher Umstände können diese Komplikationen auch das Leben bedrohen. Gelegentlich werden bei langandauernden oder wiederholten Behandlungen – in der Regel handelt es sich hier um die Verödung einer Gefässmißbildung – Strahlendosen erreicht, die zu einem vorübergehenden, selten andauerndem Haarausfall an einer Stelle des Kopfes führen.

Besondere Risiken: _____

Wir schlagen Ihnen den Eingriff in Kenntnis der möglichen Risiken deshalb vor, weil wir überzeugt sind, dass sich dadurch Ihr Krankheitsrisiko und das Risiko der notwendigen Behandlung vermindern lässt.

Skizze

Einwilligungserklärung

Über die geplante Untersuchung hat mich

• Frau/Herr Dr. _____

in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken stellen.

• Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsbogens sowie die mündliche Aufklärung verstanden und versichere, die Fragen sorgfältig beantwortet zu haben.

• Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffs bin ich ebenfalls einverstanden.

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift des Zeugen/Dolmetscher

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes