



Patientenkleber

Einwilligung zur Thorakoskopie (Spiegelung der Brusthöhle)

Die Thorakoskopie soll bei Ihnen zur Abklärung einer vermuteten Erkrankung des Brust- oder Lungenfelles durchgeführt werden. Diese Untersuchung kann in örtlicher Betäubung erfolgen und ist kaum schmerzhaft. In Seitenlage wird durch einen ca. 1 cm langen Schnitt ein fingerdickes optisches Instrument zwischen den unempfindlich gemachten Rippen eingeführt. Die Brusthöhle kann so beurteilt werden und kleine Gewebeproben können unter Sicht entnommen werden. Dieser Vorgang kann einen kurzen Schmerz hervorrufen. Vorhandene Flüssigkeit kann angesogen und untersucht werden. Durch Einlage eines dünnen Schlauches wird anschliessend die Luft abgesogen, wobei in der Regel diese Drainage für ein bis zwei Tage verbleibt.

Komplikationen bei diesem kleinen Eingriff sind ausserordentlich selten, es können jedoch z.B. Blutungen, Verletzungen des Lungenfelles und Infektionen auftreten. In Ausnahmefällen können diese auch lebensbedrohlich sein. Durch die Überwachung vor und während des Eingriffs durch den Arzt und seine Assistenz können drohende Komplikationen jedoch frühzeitig erkannt werden. Notwendige Behandlungsmaßnahmen inklusive Reanimation können dann sofort eingeleitet werden.

Vor der Untersuchung soll mind. 6 Stunden nichts gegessen und getrunken werden. Auch nach der Untersuchung muss für ca. 2 Stunden auf Essen und Trinken verzichtet werden.

Um das Komplikationsrisiko so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie noch folgende Fragen zu beantworten:

| | nein | ja, Welche? |
|---|------|-------------|
| Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente / Blutverdünnung? | | |
| Besteht eine vermehrte Blutungsneigung (auch bei kleinen Verletzungen)? | | |
| Besteht eine Allergie auf bestimmte Medikamente / Lebensmittel? | | |

Die Untersuchung wird von erfahrenen Ärzten durchgeführt. Sie sollten Ihr Einverständnis mit dieser Untersuchung schriftlich bestätigen. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren betreuenden Arzt. Haben Sie besondere Wünsche, sprechen Sie uns an.

Besondere Fragen des Patienten:

Besondere Bemerkungen:

Einwilligung Spiegelung der Brusthöhle ja nein

Einwilligungserklärung zur Aufbewahrung und Weiterverwendung von biologischem Material und von Daten für die biomedizinische Forschung

Wir bitten Sie, uns mit dem vorliegenden Formular die Einwilligung dafür zu geben, dass die Ihnen entnommenen Proben und erfassten Daten pseudonymisiert (d.h. in verschlüsselter Form) in der **St. Gallen Lung Biopsy Biobank** (Kantonsspital St. Gallen) aufbewahrt und für biomedizinische Forschung weiterverwendet werden dürfen.

Weitere Information zur Weiterverwendung von Proben und Daten für die biomedizinische Forschung finden Sie in der ergänzenden Informationsbroschüre.

Ich willige hiermit ein, dass

- meine Proben/Daten aufbewahrt werden, bis ich diese Einwilligung widerrufe;
- meine Proben/Daten, ohne dass ich darüber im konkreten Fall informiert werde und ohne dass dazu meine Einwilligung nochmals eingeholt werden muss, für zurzeit unbestimmte biomedizinische Forschungsprojekte genutzt werden dürfen,
 - wenn das Forschungsprojekt – sofern das anwendbare Recht die Bewilligungspflicht vorsieht – von der zuständigen Ethikkommission des Kantons St. Gallen bewilligt wurde,
 - wenn die Proben/Daten vor der Weitergabe so verschlüsselt werden, dass die Beteiligten am Forschungsprojekt nicht wissen, von wem die Proben/Daten stammen,
- meine Proben/Daten an andere Biobanken weitergegeben werden dürfen,
 - wenn gewährleistet ist, dass sie mindestens dieselben Standards für die Aufbewahrung in der Biobank einhalten, und
 - wenn die Verantwortlichen der empfangenden Biobanken sich verpflichtet haben, bei der Weitergabe für Forschungsprojekte an andere Biobanken dieselben Voraussetzungen einzuhalten.

Ich bin einverstanden, dass die vorliegende Einwilligung über meinen Tod hinaus gilt.

Ich bestätige, dass

- ich hinreichend über die Aufnahme und Weiterverwendung von Proben und Daten für die biomedizinische Forschung informiert wurde;
- ich die Möglichkeit hatte, Fragen zu stellen und allfällige Fragen zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden;
- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist, dass mir also keine Vor- oder Nachteile entstehen, wie ich mich auch entscheide.

Mir steht das Recht auf Wissen/Nicht-Wissen von Forschungsergebnissen zu. Das heisst, dass ich eigenständig darüber entscheiden kann, ob mir relevante Forschungsergebnisse von Seiten der Projektleitung mitgeteilt (Wissen) oder nicht mitgeteilt (Nicht-Wissen) werden sollen. Falls ich über relevante Forschungsergebnisse informiert werden möchte, teile ich dies meinem behandelnden Arzt mit.

Einwilligung St. Gallen Lung Biopsy Biobank

ja

nein

Ich die / der Unterzeichnende bestätige hiermit, dass ich über die geplante Untersuchung verständlich aufgeklärt wurde und dass ich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden bin. Sollte sich eine Erweiterung der oben angegebenen Massnahmen während der Untersuchung als notwendig erweisen, bin ich mit den ärztlicherseits für erforderlich gehaltenen Massnahmen einverstanden.

(Ort / Datum)

(Unterschrift) Patientin / Patient

(Unterschrift) Ärztin / Arzt

(Aufklärungsdauer)

(Blockschrift) Patientin / Patient

(Blockschrift) Ärztin / Arzt