



Patientenkleber

**Einwilligung zur Belastungsuntersuchung mit Laryngoskopie (Kehlkopfspiegelung)**

Die Laryngoskopie soll bei Ihnen zur Abklärung einer Atemwegserkrankung durchgeführt werden. Damit können Veränderungen des Kehlkopfes insbesondere dessen allfällige Fehlfunktion in Ruhe und/oder unter Belastung beurteilt werden. Diese nicht schmerzhafte Untersuchung wird mit einem sehr dünnen, biegsamen Instrument durchgeführt, welches durch die Nase in den Rachenbereich vorgeführt wird. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden erfolgt die Untersuchung weder in örtlicher Betäubung noch leichter Narkose. Als unangenehm kann initial das Vorschieben des Instrumentes durch Nase empfunden 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?		
Gibt es lockere/kariöse Zähne bzw. eine Zahnprothese?		

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 Kehlkopfspiegelung**

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