



Patientenkleber



**Einwilligung zur starren Bronchoskopie (Spiegelung der Atemwege) in Narkose**

Die Bronchoskopie in Vollnarkose soll bei Ihnen zur Behebung von Atmungsproblemen durchgeführt werden. Hierbei wird ein Rohr in die Atemwege eingebracht und die Störung mit Laser und anderen Instrumenten beseitigt. Falls erforderlich, kann noch eine Prothese aus Kunststoff oder Metall eingesetzt werden, um den Erfolg der Behandlung zu verbessern.

Trotz sorgfältiger Arbeitsweise kann es zu Verletzungen an Zähnen, festsitzenden Zahnprothesen sowie Kehlkopf, Stimmbändern und der Luftröhre kommen. Bitte weisen Sie auf lockere/kariöse Zähne hin und entfernen Zahnprothesen wenn möglich vor der Untersuchung. Zur sicheren Aufbewahrung legen Sie die Zahnprothese in die bereitgestellte Zahnprothesenschale. Aber auch Infektionen, Blutung, Ateminsuffizienz, Narkoseprobleme können auftreten. Nach Einsetzen einer Prothese (Stent) kann das Abhusten von Sekret zeitweilig erschwert sein. Die Prothese kann verrutschen. Eine Kontrollbronchoskopie am folgenden Tag kann nötig sein.

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.

Trotz größter Sorgfalt kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen auch lebensbedrohlich sein können. 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.

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 und Behandlung 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 Lungenspiegelung**

ja

nein



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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

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