



Box for patient sticker (Patientenkleber)

Datum:

**Einwilligung zur Einlage einer Thoraxdrainage (Schlaucheinlage in die Brusthöhle)**

Ihre Brustfellerkrankung hat zu einer Ansammlung von Flüssigkeit in der Brusthöhle geführt, die die Behandlung mit einer Drainage nötig macht. Das Sekret kann mit dieser Methode abgeleitet werden. Die Behandlung erfolgt mit einer örtlichen Betäubung, anschliessend wird der Schlauch über einen kleinen Schnitt zwischen den Rippen eingelegt. Dieser Vorgang ist meist nicht schmerzhaft. Trotz größter Sorgfalt kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen (Blutungen, Infektionen oder Verletzungen des Lungenfelles) 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 oder Lungenoperation können dann sofort eingeleitet werden. Eine Nichtbehandlung Ihres Leidens stellt jedoch eine grössere Gefahr dar.

Die Untersuchung wird von erfahrenen Ärzten durchgeführt. Sie müssen Ihr Einverständnis für diese 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:**

Three horizontal dotted lines for patient questions.

**Besondere Bemerkungen:**

Three horizontal dotted lines for special remarks.

**Der Patient bestätigt hiermit, dass er über die geplante Untersuchung verständlich aufgeklärt wurde und dass er mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden ist. Sollte sich eine Erweiterung der oben angegebenen Massnahmen während der Untersuchung als notwendig erweisen, ist der Patient/in einverstanden mit den ärztlicherseits für erforderlich gehaltenen Massnahmen.**

**Dauer des Aufklärungsgespräches:**

---

**Anwesende Personen / Dolmetscher**

---

**Unterschrift des Patienten / der Patientin:**

---

**Unterschrift des aufklärenden Arztes / Ärztin:**

---