

Klinik / Praxis



Patientendaten:

am (Datum):

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind soll eine rückenmarksnahe Schmerzbehandlung durchgeführt werden.

Diese Informationen dienen zur Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Maßnahme gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über die Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die vorgeschlagene Maßnahme erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

### GRÜNDE FÜR EINE SCHMERZBEHANDLUNG

Bei starken oder chronischen Schmerzen, z. B. nach einem Bandscheibenvorfall, Amputation, nach größeren Operationen, bei Tumorschmerzen oder Nerven- bzw. Muskelschmerzen, kann eine Schmerzbehandlung mittels rückenmarksnahen Verfahren (Spinal- (SPA) bzw. Periduralanästhesie (PDA)) sinnvoll sein.

Bei diesen Verfahren werden die Nerven, die vom Rückenmark zum betroffenen Schmerzbereich führen, betäubt, wodurch eine Schmerzreduktion erreicht werden kann.

Sollen kontinuierlich und über einen längeren Zeitraum Schmerzmittel verabreicht werden, kann auch ein Schmerzkatheter angelegt werden. Zusätzlich können Medikamentenpumpen oder spezielle Kammern (sog. Ports) zum Einsatz kommen, welche der Patient teilweise selbst bedienen kann (sog. patientengesteuerte Analgesie, PCA).

### ABLAUF DES EINGRIFFS

Für die Schmerzbehandlung erfolgt eine Punktion am Rücken, entweder im Sitzen oder in Seitenlage. Sie werden von Ihrem Arzt aufgefordert, einen „Katzenbuckel“ zu machen. Er tastet Ihren Rücken genau ab und markiert die Punktionsstelle. Diese wird gründlich desinfiziert, steril abgedeckt und örtlich betäubt. Wichtig ist, dass Sie sich während der Punktion nicht bewegen. Über eine Führungsnadel führt der Arzt eine sehr dünne Nadel durch den Zwischenwirbelraum in den mit Nervenflüssigkeit gefüllten Rückenmarkskanal, den sog. Liquorraum (SPA), oder bis in den Raum nahe des Rückenmarkskanals (PDA) ein.

Ihr Arzt kreuzt im Folgenden das für Sie vorgesehene Verfahren an und bespricht dieses mit Ihnen näher:

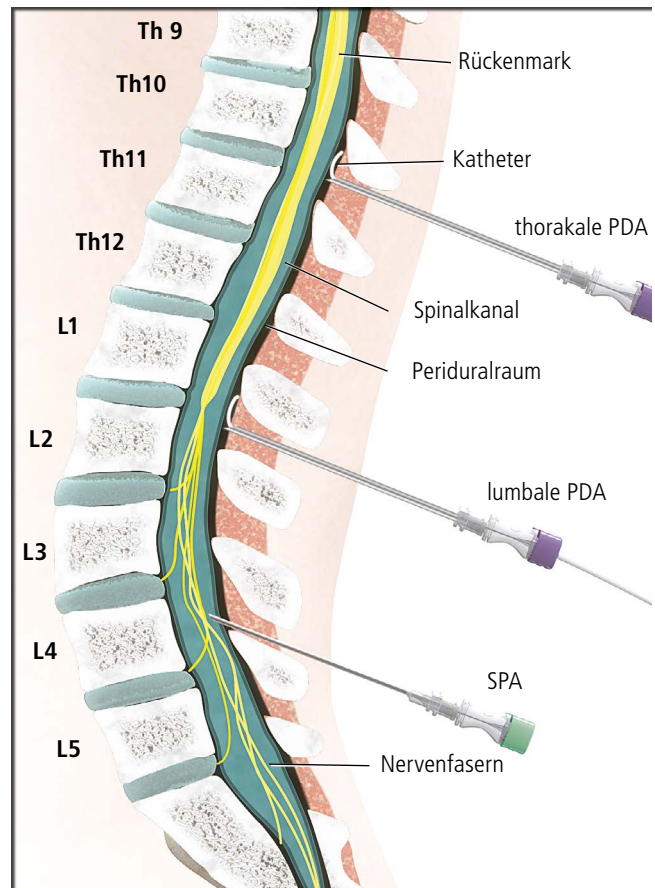
#### Spinalanästhesie (SPA)

Bei einer Spinalanästhesie werden die Nervensegmente, die sich in dem mit Nervenflüssigkeit gefüllten Rückenmarkskanal (Spinalkanal) befinden, durch Einspritzen eines Schmerzmittels blockiert. Die Wirkung tritt meist nach wenigen Minuten ein.

#### Periduralanästhesie (PDA) lumbal thorakal

Hierbei werden die Nervensegmente, welche in dem Raum nahe des Rückenmarkskanals (Periduralraum) verlaufen, blockiert. Das Schmerzmittel kann dabei entweder auf Höhe der

Taille (sog. lumbale PDA) oder auf Höhe der Brustwirbelsäule (sog. thorakale PDA) eingespritzt werden.



#### Schmerzkatheter

Für eine länger andauernde Schmerzbehandlung kann ein dünner Kunststoffschlauch (sog. Katheter) über die Hohlnadel in den Rückenmarksraum bzw. Periduralraum gelegt werden. Über den Katheter ist es möglich, Schmerzmittel kontinuierlich zu verabreichen. Der dünne Kunststoffschlauch kann dabei ggf. direkt unter die Haut gelegt werden, um Infektionen zu

vermeiden. Um zu überprüfen, ob der Katheter richtig liegt, wird meist eine Röntgenaufnahme angefertigt.

**Medikamentenpumpe**  **intern**  **extern**

Hierbei wird eine mit einem Medikamentendepot ausgestattete Pumpe an den Schmerzkatheter angeschlossen, die somit eine längerfristige Schmerzmittelgabe ermöglicht. Die Pumpe kann entweder extern angeschlossen werden und wird dann meist an einem Gürtel getragen, oder sie wird als interne Pumpe direkt unter die Bauchdecke gelegt. Das Medikamentendepot kann dann mittels Spritze aufgefüllt werden.

**Portkammer**

Diese ist - ähnlich wie eine Medikamentenpumpe - mit einem Medikamentendepot ausgestattet, welches regelmäßig befüllt werden kann. Der Port wird an den liegenden Schmerzkatheter angeschlossen und unter die Bauchdecke gelegt.

Die Implantation der Pumpe oder der Port-Kammer kann im selben Eingriff oder auch später erfolgen. In örtlicher Betäubung wird über einen wenige Zentimeter langen Schnitt am Bauch eine kleine Tasche geformt. Die Pumpe bzw. die Portkammer wird mit dem Katheter verbunden und dann in die Tasche eingesetzt.

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Starke oder chronische Schmerzen können ggf. auch mit Medikamenten, Infusionen oder Hautpflastern behandelt werden. Die Therapie richtet sich dabei nach Art und Ausmaß der Schmerzen. Ihr Arzt bespricht mit Ihnen, warum er in Ihrem Fall eine rückenmarksnahe Schmerzbehandlung empfiehlt.

### ERFOLGSAUSSICHTEN

Der Therapieerfolg hängt maßgeblich von Ausmaß und Ursprung der Schmerzen ab. Die rückenmarksnahe Schmerzbehandlung stellt für den Patienten ein wenig belastendes Verfahren dar und ist zur langfristigen Therapie geeignet. Eine komplette Schmerzfreiheit kann jedoch nicht garantiert werden.

Ihr Arzt bespricht mit Ihnen, mit welchem Therapieergebnis in Ihrem Fall zu rechnen ist.

### HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonal genauestens. Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte die folgenden Verhaltenshinweise:

#### Vorbereitung:

**Medikamenteneinnahme:** Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® (ASS), Marcumar®, Heparin, Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® und metforminhaltige Medikamente, sog. „Biguanide“, bei Diabetikern) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (z. B. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Paracetamol). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

**Essen, Trinken und Rauchen:** 6 bis 8 Stunden vor dem Eingriff sollte nichts mehr gegessen und keine Getränke wie Säfte oder Alkohol getrunken und nicht geraucht werden. Klare Flüssigkeiten in geringen Mengen (z. B. 1-2 Tassen Wasser oder ungesüßter Tee) können bis zu 2 Stunden vor dem Eingriff erlaubt sein. Ihr Arzt wird Ihnen hierzu genaue Anweisungen erteilen.

**Bitte denken Sie daran,** Kontaktlinsen, Hörgerät oder andere abnehmbare Gegenstände wie Brille, Ketten, Ohringe zu entfernen. Bitte schminken Sie sich nicht und benutzen Sie keine Gesichtsschminken. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt, ob lose Zahnteile (Zahnprothesen), Piercings, Haarteile oder Nagellack entfernt werden müssen.

#### Nachsorge:

Nach der Behandlung kann die **Beweglichkeit der Beine eingeschränkt** sein und Sie dürfen während dieser Zeit nicht alleine aufstehen.

Falls Sie eine **Medikamentenpumpe** oder eine **Portkammer** erhalten haben, wird Sie Ihr Arzt über Handhabung und Pflege informieren. Bitte nehmen Sie die nötigen **Kontrolluntersuchungen** gewissenhaft wahr.

Bezüglich weiterer Verhaltensmaßnahmen wie z. B. Einnahme von **Medikamenten** sowie **körperliche Aktivitäten** halten Sie sich unbedingt an die Anweisungen Ihres Arztes.

Im Falle eines **ambulanten Eingriffs** müssen Sie von einer erwachsenen Person abgeholt werden und dürfen, falls nichts anderes angeordnet, für **24 Stunden nach der Behandlung** nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (auch nicht als Fußgänger), keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben und sollten keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Im Falle einer kontinuierlichen Schmerzmittelzufuhr kann Ihre **Straßenverkehrstauglichkeit** auch **dauerhaft eingeschränkt** sein. Bitte fragen Sie Ihren Arzt, ob Sie ein Kraftfahrzeug steuern dürfen.

Informieren Sie Ihren Arzt, falls nach dem Eingriff **Schmerzen beim Atmen, starke Rücken- oder Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Atem- oder Kreislaufstörungen, Heiserkeit, Fieber, Nackensteife, Krämpfe, Missempfindungen, Lähmungserscheinungen bzw. Bewegungseinschränkungen, Stuhl- oder Harnverhalt auftreten**. Die Beschwerden können auch noch Tage nach dem Eingriff auftreten und erfordern eine sofortige Abklärung.

### RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern und im Extremfall auch im weiteren Verlauf einmal **lebensbedrohlich** sein. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle bekannten eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreten. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

**Allergische Reaktionen**, z. B. auf Medikamente, Desinfektionsmittel oder Latex, können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten. Eine **Unverträglichkeit auf das eingebrachte Kathetersystem** erfordert ggf. dessen Entfernung.

**Infektionen**, z. B. an der Einführungsstelle der Injektionsnadel oder des Katheters, mit Spritzenabszess, Absterben von Gewebe (Nekrose) und Narbenbildung sind selten. In den meisten Fällen sind solche Infektionen mit Antibiotika gut behandelbar. Infektionen am Katheter, an der Pumpe oder des Ports erfordern häufig eine **Entfernung der Implantate**. Sollten Keime in den Wirbelkanal gelangen, kann es zu einer Abszessbildung im Rückenmark, **Meningitis** (Infektion der Hirnhäute) oder **Enzephalitis** (Hirnentzündung) kommen. Im Extremfall kann es zur Verschleppung der Keime in die Blutbahn (Bakteriämie) und zu einer lebensgefährlichen Blutvergiftung (**Sepsis**), bis hin zur Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis) kommen.

**Schädigung der Nerven oder des Rückenmarks** durch Einspritzungen, Legen und Entfernen eines Katheters, Einblutungen, Blutergüsse oder Infektionen sind sehr selten. Dadurch kann es zu vorübergehenden, sehr selten zu dauerhaften Funktionsstörungen, z. B. von Blase oder Darm, zu Schmerzen, Überempfindlichkeit, Taubheitsgefühl, Bewegungsstörungen in den Gliedmaßen bis hin zur Lähmung (Extremfall **Querschnittslähmung**), kommen.

Erfolgt der Eingriff im Bereich der Brustwirbelsäule, kann es sehr selten zur **Verletzung des Rippenfells** (Pleura) kommen. Dringt dadurch Luft in den Brustraum ein, verdrängt sie die Lunge, so dass die Lungenfunktion – möglicherweise auch dauerhaft – gestört wird (Pneumothorax). Schmerzen in der Brust, Husten, Unruhe, Schweißausbruch, Pulsanstieg und Atemnot können dann auftreten. Die Luft muss durch Punktion oder Legen von Drainagen abgesaugt werden.

Gelangt das Betäubungsmittel versehentlich in die Blutbahn, kann es zu **Krampfanfällen, Herz-/Kreislaufstörungen** bis hin zur **Bewusstlosigkeit** und **Atemversagen** kommen. Zusätzlich kann es zu vorübergehenden Lähmungen kommen, wenn sich das Mittel bei SPA zu hoch ausbreitet oder bei einer PDA in den Spinalkanal gelangt. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung zur Verhinderung von bleibenden Gehirnschäden ist dann notwendig.

Während der Punktion kann es vorübergehend zu **Schmerzen** an der Punktionsstelle sowie zu **Missempfindungen** durch Reizung der Nervenwurzel kommen.

Ein drastischer **Blutdruck- und Pulsabfall, verlangsamter Herzschlag** und **Atemnot** mit Übelkeit und Schwindel sind meist vorübergehend und müssen ggf. mit Medikamenten behandelt werden.

Häufig kann es vorübergehend zu **Harnverhalt, Potenzstörungen und Störungen der Mastdarmtätigkeit** kommen. Es kann notwendig werden, einen Blasenkatheter zur Entleerung der Blase zu legen bzw. andere Maßnahmen zu ergreifen.

Starke **Rückenschmerzen, Übelkeit und Brechreiz** treten gelegentlich auf und können mehrere Tage anhalten. Sie lassen sich medikamentös meist gut behandeln. Gelegentlich kommt es zu starken **Kopfschmerzen** bedingt durch den Verlust von Hirnwasser (Liquor) über die Punktionsstelle am Rückenmarkskanal. Oft vergehen diese nach einiger Zeit durch viel trinken, durch Medikamente oder Bettruhe. In manchen Fällen kann eine Einspritzung des eigenen Blutes in den Periduralraum (Blut-Patch)

erforderlich werden. Äußerst selten dauern sie über Jahre an. Im Extremfall kann im Bereich des Gehirns ein Bluterguss (**subdurales Hämatom**), eine Flüssigkeitsansammlung (**Hygrom**) oder eine Beeinträchtigung von Hirnnerven entstehen. Dauerhafte Ausfallerscheinungen, wie z. B. **Behinderung des Seh- und Hörvermögens**, sind sehr selten.

Bei **Verrutschen, Verstopfen bzw. Abknicken des Katheters** muss dieser ggf. operativ entfernt und neu gelegt werden.

Bilden sich durch den Katheter im Periduralraum mit der Zeit **Narben oder Verwachsungen**, können weitere Behandlungsmaßnahmen erforderlich werden.

Es kann zur Bildung einer **Liquorfistel** (unnatürliche Verbindung mit Nervenwasseraustritt in das Wundgebiet) kommen, welche ggf. operativ verschlossen werden muss.

**Verletzungen** des Darms oder anderer Organe (z. B. Magen, Leber, Milz) bei der Anlage des Katheters, der Pumpe oder des Ports in die Bauchhöhle sind selten. Dann wird u. U. eine Operation notwendig. Bei Darmverletzungen kann im Ausnahmefall auch die Anlage eines künstlichen Darmausgangs notwendig werden.

**Blutergüsse** (Hämatome) mit Verfärbung der Haut und **Nachblutungen** treten gelegentlich auf und können auch harte, schmerzhafte Schwellungen bilden. Meist verschwinden sie nach Tagen oder Wochen ohne Behandlung. In seltenen Fällen ist eine Operation notwendig.

Bei hohen Blutverlusten kann eine Übertragung von Fremdblutbestandteilen (**Transfusion**) notwendig werden. Dadurch kann es sehr selten zu Infektionen z. B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), äußerst selten mit HIV (AIDS), BSE-Erregern (Hirnerkrankung) oder anderen gefährlichen – auch unbekannt – Erregern kommen. Auch ein Lungenödem mit Lungenversagen, eine Verschlechterung der Nierenfunktion oder andere gefährliche Immunreaktionen können ausgelöst werden.

Es können sich **Blutgerinnsel (Thromben)** bilden und einen Gefäßverschluss verursachen. Die Gerinnsel können auch verschleppt werden und die Blutgefäße anderer Organe verschließen (**Embolie**). Dadurch kann es z. B. zu **Schlaganfall, dialysepflichtigem Nierenversagen** oder **Lungenembolie** mit bleibenden Schäden kommen. Werden zur Vorbeugung blutgerinnungshemmende Mittel verabreicht, vergrößert sich das Blutungs- bzw. Nachblutungsrisiko. Bei Gabe von Heparin kann es zu einer schwerwiegenden Immunreaktion (HIT) mit Verklumpen der Blutplättchen (Thrombozyten) und Gefäßverschlüssen in Venen und Arterien kommen.

## Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

**Wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt?**  ja  nein

Wenn ja, weswegen? \_\_\_\_\_

**Wurden Sie bereits früher operiert?**  ja  nein

Wenn ja, weswegen und wann? \_\_\_\_\_

Ergaben sich damals bei der Anästhesie oder Schmerzbehandlung Komplikationen?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Kam es bei Blutsverwandten (Eltern, Geschwister) zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Anästhesie?  ja  nein

**Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten?**  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ergaben sich dabei Komplikationen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?**  nicht sicher  ja  nein

**Stillen Sie?**  ja  nein

**Angaben zur Medikamenteneinnahme:**  ja  nein

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?  
 Aspirin® (ASS),  Heparin,  Marcumar®,  
 Plavix®,  Ticlopidin,  Clopidogrel

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Einnahme? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie andere Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

**Rauchen Sie?**  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: \_\_\_\_\_

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel: \_\_\_\_\_

**Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:**

**Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung?**  ja  nein

Erhöhte Blutungsneigung (z. B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),  
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

**Allergie/Überempfindlichkeit?**  ja  nein

Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,  Jod,  Pflaster,  Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon)  Pollen (Gräser, Bäume),  Betäubungsmittel,  Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen?**  ja  nein

Herzinfarkt,  Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge),  Herzfehler,  Herzrhythmusstörungen,  Herzmuskelentzündung,  Herzklappenerkrankung,  Luftnot beim Treppensteigen,  Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck,  niedriger Blutdruck,  Schlaganfall,  Krampfadern,  Venenentzündung,  Thrombose,  Embolie.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Atemwege/Lungen?**  ja  nein

Asthma,  chronische Bronchitis,  Lungenentzündung,  Lungenemphysem,  Schlafapnoe (starkes Schnarchen),  Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel-Erkrankungen?**  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit),  Fruchtzuckerunverträglichkeit,  Gicht.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Schilddrüsenerkrankungen?**  ja  nein

Unterfunktion,  Überfunktion,  Knoten,  Kropf.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nierenerkrankungen?**  ja  nein

Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz),  Nierenentzündung.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Lebererkrankungen?**  ja  nein

Gelbsucht,  Leberzirrhose.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Magen-Darm-Erkrankungen?**  ja  nein

Engstelle im Verdauungstrakt,  Magengeschwür,  Zwölffingerdarmgeschwür  Sodbrennen.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (auch bei Blutsverwandten)?**  ja  nein

angeborene oder erworbene Veränderungen des Brustkorbs,  Gelenkerkrankungen (ggf. künstliches Gelenk),  Schulter-Arm-Syndrom,  Wirbelsäulenschmerzen,  Muskelschwäche (z. B. Myasthenia gravis),  Neigung zur überhöhten Körpertemperatur.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankung des Nervensystems?**  ja  nein

Gehirnerkrankungen oder -verletzungen,  Lähmungen,  Krampfanfälle (Epilepsie).

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten?**  ja  nein

Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Zahnschäden/Zahnersatz?**  ja  nein

Karies,  Parodontose,  lockere Zähne,  Krone,  Brücke,  Implantat,  Stiftzahn,  herausnehmbarer Zahnersatz.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?**  ja  nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

### Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

Wer wird Sie abholen, sobald Sie entlassen werden?

\_\_\_\_\_  
Name und Alter des Abholers

Wo sind Sie in den 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Name und Alter der Aufsichtsperson

Wer ist Ihr überweisender / weiter betreuender Arzt / Hausarzt?

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

## Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn der Eingriff verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Geplanter Eingriff:

- Spinalanästhesie (SPA)  
Periduralanästhesie (PDA)  lumbal  thorakal  
 Schmerzkatheter  
 Medikamentenpumpe  intern  extern  
 Portkammer

### Anweisung zum Nüchternheitsgebot:

- keine feste Nahrung ab \_\_\_\_\_ Uhr am Vortag des Eingriffs  
 keine Nahrung, Getränke, Alkohol ab \_\_\_\_\_ Uhr am Tag des Eingriffs  
 keine klare Flüssigkeit ab \_\_\_\_\_ Uhr am Tag des Eingriffs

### Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Die Patientin/Der Patient ist **volljährig** und besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die empfohlene Maßnahme zu treffen und ihre/seine Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.
- Die/Der **Minderjährige** verfügt über hinreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit, weshalb ihre/seine Zustimmung/Ablehnung und die der Eltern/des Vormunds eingeholt werden.
- Die Patientin/Der Patient wird von einem **Betreuer** mit einem die Gesundheitsorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht bzw. das Kind von seinen **Eltern**/einem Elternteil oder einem Vormund vertreten. Diese sind in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten/des Kindes zu treffen.
- Betreuerausweis  Vorsorgevollmacht  
 Patientenverfügung  \_\_\_\_\_ liegt vor.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

## Ablehnung der Patientin/des Patienten

Die Ärztin/der Arzt \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und lehne die mir vorgeschlagene Schmerzbehandlung ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Unterschrift Patientin / Patient / Eltern\* / Betreuer / Vormund / ggf. des Zeugen

## Erklärung und Einwilligung der Patientin/des Patienten

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (5 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf der geplanten rückenmarksnahen Schmerzbehandlung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.
- Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von der Ärztin/dem Arzt \_\_\_\_\_ über die Erforderlichkeit der Schmerzbehandlung, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass alle Betäubungsverfahren Risiken bergen, informiert wurde.

**Ich versichere**, dass ich **keine weiteren Fragen** habe und **keine zusätzliche Bedenkzeit** benötige. **Ich stimme der vorgeschlagenen rückenmarksnahen Schmerzbehandlung zu.** Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet. Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen (z. B. Einspritzungen, Überwachungsmaßnahmen) ein.

Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Eltern\* / Betreuer / Vormund

Kopie:  erhalten

verzichtet

Unterschrift Kopierhalt-/verzichtet

\*Unterschrift nur ein Elternteil, so erklärt dieser mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder er im Einverständnis mit dem abwesenden Elternteil handelt.