

Klinik / Praxis:



Patientendaten:

Die Untersuchung ist vorgesehen am (Datum):

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

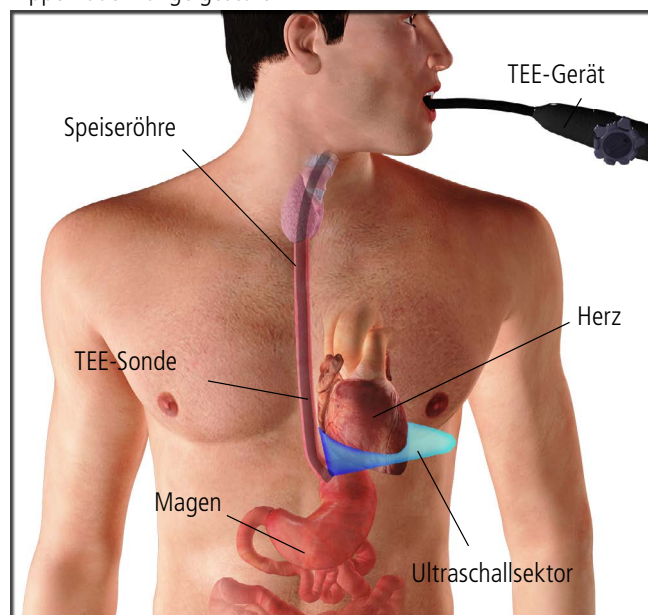
die bisherigen Untersuchungen deuten auf eine Herzerkrankung hin. Um Art und das genaue Ausmaß der Erkrankung sicher feststellen zu können, sind weitere Untersuchungen erforderlich. Mit der geplanten Ultraschalluntersuchung Ihres Herzens über die Speiseröhre (transösophageale Echokardiographie) kann die Form und Funktion Ihres Herzens optimal beurteilt werden.

Mit den nachstehenden Ausführungen wollen wir Sie und ggf. Ihre Angehörigen über den Ablauf der Untersuchung, die möglichen Zwischenfälle und über Verhaltensmaßnahmen vor und nach dem Eingriff informieren. Dieser Bogen dient zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile des geplanten Verfahrens gegenüber Alternativmethoden erläutern. Er wird Sie über Ihre spezifischen Risiken und die sich daraus möglicherweise ergebenden Komplikationen aufklären. Bitte lesen Sie die nachstehenden Informationen und füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden.

Der Arzt wird im Gespräch alle Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die Ihnen vorgeschlagene Untersuchung erteilen oder diese ablehnen. Ihr Arzt wird Ihnen nach dem Gespräch eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens aushändigen.

### VORTEIL DER UNTERSUCHUNG

Die transösophageale Echokardiographie (TEE) ist ein besonders genaues Untersuchungsverfahren des Herzens, da die Untersuchung über die Speiseröhre erfolgt, welche direkt hinter dem Herzen verläuft. Dadurch wird das Ultraschallbild nicht, wie bei der Ultraschalluntersuchung vom Brustkorb aus, durch Gewebeschichten wie Rippen oder Lunge gestört.



Mit der TEE lassen sich Herzklappenveränderungen, angeborene Herzfehler, Herzentzündung, Blutgerinnsel z. B. im Herzvorhof, aber auch Veränderungen der Hauptschlagader feststellen. Zusätzlich

kann überprüft werden, ob z. B. eine künstliche Herzklappe einwandfrei funktioniert.

### ABLAUF DER UNTERSUCHUNG

Die Untersuchung erfolgt im Liegen. In der Regel wird der Rachen durch ein Spray betäubt. Falls erforderlich, kann auch ein Beruhigungsmittel verabreicht werden.

Ähnlich wie bei einer Magenspiegelung wird eine Art Schlauch mit Ultraschallkopf durch den Mund in die Speiseröhre bis kurz vor den Magen vorgeschoben. Von dort können das Herz und die großen Gefäße, sowie der Blutfluss mit Hilfe des Ultraschalls sehr gut beurteilt werden. In einigen Fällen wird zusätzlich Kontrastmittel über eine Vene verabreicht.

Sobald die Untersuchung abgeschlossen ist, wird der Schlauch wieder entfernt.

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Oft ist eine Ultraschalluntersuchung des Herzens vom Brustkorb aus ausreichend. Sie hat keine Risiken und kann jederzeit ohne Weiteres durchgeführt werden. Bei einigen Fragestellungen oder bestimmten Voraussetzungen ist eine genauere Beurteilung des Herzens und seiner Funktionen allerdings nur durch die TEE möglich. Alternativ können auch Röntgenuntersuchungen wie die Herzkatheteruntersuchung oder eine Computertomographie (CT), aber auch eine Kernspintomographie (MRT) in Frage kommen. Diese Verfahren haben aber ihre eigenen Vor- und Nachteile bzw. Risiken.

### HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

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

**Vorbereitung:** Vor der Untersuchung dürfen Sie für mindestens 6 Stunden nichts essen und trinken.

### Nachsorge:

Falls Sie eine Rachenbetäubung erhalten haben, dürfen Sie für zwei Stunden nach dem Eingriff nichts essen oder trinken, da die Gefahr des Verschluckens besteht.

Wird die Untersuchung **ambulant** durchgeführt und ein Schmerz- und/oder Beruhigungsmittel verabreicht, müssen Sie von einer erwachsenen Person abgeholt werden. Sie dürfen dann für **24 Stunden nach der Untersuchung** nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (auch nicht als Fußgänger), keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben und keine persönlich oder wirtschaftlich wichtigen Entscheidungen treffen. Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt oder suchen Sie die Klinik auf, falls nach der Untersuchung z. B. Schmerzen, Fieber, Atemnot, Übelkeit, Bluterbrechen auftreten. Sie erfordern eine sofortige Behandlung. Die Beschwerden können auch noch Tage nach der Untersuchung auftreten.

### RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff gewisse Risiken birgt**, die u. U. zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern und zum Teil – auch im weiteren Verlauf – **lebensbedrohlich** sein können. Die Häufigkeit von Nebenwirkungen und Komplikationen hängt von mehreren Faktoren ab, wie z. B. Alter, Allgemeinzustand, Grunderkrankung und Lebensweise. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir aus rechtlichen Gründen alle eingriffsspezifischen Risiken aufführen müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreffen. 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.

**Verletzungen der Speiseröhre**, des **Kehlkopfes** oder der **Luft-röhre** treten meist nur auf, wenn zuvor schon Schluckstörungen, Verengungen, Krampfadern oder Aussackungen in der Speiseröhre bestehen. Dadurch ausgelöste **Blutungen**, **Heiserkeit** oder **Schluckbeschwerden** vergehen meist von selbst wieder. Ein **Durchstoßen** der Speiseröhre ist extrem selten und muss dann ggf. operativ behandelt werden.

**Infektionen** mit Absterben von Gewebe (Nekrose) und Narbenbildung sind selten. Eine Infektion äußert sich in Schwellung, Rötung, Schmerzen und Fieber. In den meisten Fällen sind Infektionen mit Antibiotika gut behandelbar. Selten kann es zur Verschleppung von Keimen in die Blutbahn und zu einer gefährlichen Blutvergiftung (Sepsis) oder Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis) 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.

#### Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?  ja  nein

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.)

#### Wurde bei Ihnen schon einmal eine

**Schädigung der Haut, Weichteile** bzw. **Nerven** (z. B. durch Einspritzungen oder trotz ordnungsgemäßer Lagerung) sind selten. Gefühlsstörungen, Taubheitsgefühl, Lähmungen und Schmerzen können die Folgen sein. Meist sind diese vorübergehend. In sehr seltenen Fällen können die Beschwerden trotz Behandlung auch dauerhaft bestehen oder es können Narben zurückbleiben.

**Allergische Reaktionen** (Unverträglichkeitsreaktionen), z. B. auf Betäubungs-, Kontrast-, Beruhigungsmittel oder andere Medikamente mit Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen aber auch Übelkeit und Husten können auftreten. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen oder Kreislaufschock sind jedoch selten. Durch die mangelnde Durchblutung können trotz intensivmedizinischer Versorgung vorübergehende oder auch bleibende Organschäden wie z. B. Gehirnschäden, Lähmungen, Nierenversagen eintreten.

Durch das Zurückziehen des Endoskopes kann **Schleim** aus der Speiseröhre nach oben gebracht und in die **Luft-röhre eingeatmet** werden. Meist genügt es das Endoskop zu entfernen, damit der Schleim wieder abgehustet werden kann.

Gelegentlich kommt es, meist durch die Aufregung, zu **Herzrhythmusstörungen**. Diese können, wenn nötig, mit Medikamenten gut behandelt werden.

**Störungen der Atmung** oder des **Kreislaufs** z. B. durch ggf. verabreichte Beruhigungsmittel können durch Gabe von Sauerstoff oder Medikamenten meist gut behandelt werden. Selten wird eine künstliche Beatmung notwendig.

**Zahnschäden** sind möglich. Bei lockeren Zähnen kann es zum Verlust eines oder mehrerer Zähne kommen.

### 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 Arzt/Hausarzt/weiter betreuender Arzt?

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Magenspiegelung durchgeführt?**  ja  nein

Ergaben sich dabei Komplikationen?  ja  nein

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

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

**Erkrankungen der Speiseröhre?**  ja  nein

Schluckbeschwerden,  Krampfadern der Speiseröhre,  Aussackungen der Speiseröhre.

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

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

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

**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)

**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

Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck.

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

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

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

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

**Stoffwechsel-Erkrankungen?**  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit).

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

**Lebererkrankungen?**  ja  nein

Leberzirrhose (Leberverhärtung).

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

**Infektionskrankheiten?**  ja  nein

Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

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

**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 die Untersuchung verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

---



---



---



---



---



---



---

**Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:**

Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über den empfohlenen Eingriff zu treffen und seine/ihre Einwilligung in den Eingriff zu erteilen.

Der/Die Patient/in wird von einem Betreuer bzw. Vormund mit einer Betreuungsurkunde vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Ablehnung des/der Patienten/in**

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und konnte meine Erkenntnisse über die mir erteilten Informationen mit dem Arzt diskutieren. Hiermit lehne ich die mir vorgeschlagene Untersuchung ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin/Patient/Betreuer/Vormund/ggf. des Zeuge

**Erklärung und Einwilligung des/der Patienten/in**

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 (3 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf der geplanten Untersuchung, 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 dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit der Untersuchung, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Maßnahme Risiken birgt, informiert wurde.

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

- 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 / Betreuer / Vormund

Kopie:  erhalten verzichtet

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer