****

**Aufklärung für Patientinnen und Patienten zur Lungenspiegelung (Bronchoskopie)**

<Name> <Vorname> <GeburtsDatum>

**Untersuchungsdatum: Zeit:**

**Weshalb dieser Eingriff/diese Behandlung?**

Bei Ihnen werden Veränderungen in den Bronchien oder Lungen vermutet oder wurden bereits festgestellt. Diese erfordert eine genauere Abklärung mittels einer Spiegelung der Atemwege (Bronchoskopie).

**Weshalb dieses Merkblatt?**

Wir möchten Sie über den Untersuchungsablauf, die Eingriffsmöglichkeiten und die Risiken informieren. Sie können sich Fragen zum Voraus notieren. Bringen Sie bitte dieses Merkblatt zur Untersuchung mit.

**Sie läuft die Untersuchung ab?**

Nach der örtlichen Betäubung des Rachens mit einem Spray und einer leichten Beruhigungsspritze wird Ihnen ein dünnes, biegsames Endoskop durch die Nase oder den Mund in die Luftröhre und die Bronchien eingeführt. Es können kleine Gewebeproben zur genaueren Untersuchung entnommen werden. Dies verursacht keine Schmerzen. Auch verspüren Sie keine Atemnot. Sie werden während und nach der Untersuchung überwacht.

**Welche zusätzlichen Eingriffe sind bei der Spiegelung der Atemwege möglich?**

* Untersuchung der Bronchien
* Absaugen von zähem, kaum abhustbarem Schleim
* Entnahme von Gewebeproben aus den Bronchien und den Lungen
* Untersuchung von Sekret aus den Bronchien auf Bakterien und Krebs
* Entfernung von Fremdkörpern (Fischgräte, etc.)

**Welche Vorbereitungen sind nötig?**

Am Untersuchungstag dürfen Sie 6-8 Stunden vor der Untersuchung keine Speisen mehr zu sich nehmen. Trinken von schluckweise Wasser ist bis zwei Stunden vor der Untersuchung erlaubt. Falls Sie Blutverdünnungsmittel oder aspirinhaltige Präparate einnehmen oder falls Sie Diabetiker sind, besprechen Sie bitte die genauere Vorbereitung im Voraus mit Ihrem Hausarzt oder mit uns.

**Welche Risiken sind mit diesem Eingriff verbunden?**

Es können leichte Schluckschmerzen auftreten. Ernste Komplikationen sind bei einer einfachen Spiegelung der Atemwege aber sehr selten. Luftaustritt in den Rippfellraum (Pneumothorax) heilt meistens spontan ab, allenfalls muss die Luft durch die Einlage eines Drainagekatheters abgesaugt werden.

**Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?**

Nach der Untersuchung dürfen Sie gleichentags kein Fahrzeug lenken oder Maschinen bedienen und sollte auch keine rechtsgültigen Unterschriften leisten.

Treten nach der Untersuchung Atemnot oder Bluthusten auf, sollten Sie sofort uns oder Ihren Hausarzt informieren oder das nächste Spital aufsuchen.

**Fragen zum Aufklärungsgespräch?**

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie alle Fragen stellen, die Ihnen wichtig erscheinen, z.B.:

* Wie notwendig und dringlich ist die Untersuchung?
* Gibt es alternative Untersuchungsmethoden?
* Bestehen für mich persönliche Risiken, die im Aufklärungsblatt nicht erwähnt sind?

**Wie können Sie mithelfen, das Komplikationsrisiko gering zu halben?**

Indem Sie die Anweisungen zur Vorbereitung genau befolgen und ergänzend untenstehende Fragen vollständig beantworten.

**Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung?**

8z.B: Xarelto, Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Sintrom, Marcoumar) oder Hemmer der Blutplättchen (z.B. Aspirin, Plavix, Clopidogrel, Brilique, Efient).

Wenn Ja, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja Nein

Bestehen vermehrte Neigungen zu Blutergüssen (auch bei kleineren)

Verletzungen, z.B. einer Zahnextraktion)? Ja Nein

Bestehen Allergien auf bestimmte Medikamente? Ja Nein

Wenn Ja, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, wurden Sie früher am Herzen

operiert oder tragen Sie ein künstliches Gelenk? Ja Nein

Ich, die/der Unterzeichnende, habe von diesem Merkblatt Kenntnis genommen und wurde durch den Arzt in einem Gespräch über Diagnose, Art, Ablauf und Risiken der Untersuchung, bzw. des Eingriffes in verständlicher Weise aufgeklärt. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin mit der Durchführung einverstanden.

Ort/Datum Unterschrift Patientin/Patient Unterschrift Arzt

**Fragebogen**

**<Name> <Vorname>, <Geburtsdatum>**

**Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:**

*Ja Nein*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Haben Sie starkes **Nasenbluten** ohne ersichtlichen Grund? |  |  |
| 2.Haben Sie **Zahnfleischbluten** ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen)? |  |  |
| 3. Haben Sie **„blaue Flecken“ (Hämatome)** oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen? |  |  |
| 4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie **nach kleinen Verletzungen länger bluten**(z.B. beim Rasieren)? |  |  |
| 5. Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine **verlängerte Menstruationsblutung**(>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen? |  |  |
| 6. Haben Sie längere oder schwere **Blutungen** während oder **nach einer Zahnbehandlung** gehabt? |  |  |
| 7. Haben Sie längere oder schwere **Blutungen während oder nach Operationen** gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)? |  |  |
| 8. Haben Sie während Operationen Blutkonserven oder **Blutprodukte erhalten**? |  |  |
| 9. Besteht **in Ihrer Familie** (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tante) eine **Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung?** |  |  |

**Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen:** *Ja Nein*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Nehmen Sie **gerinnungshemmende Medikamente** zur Blutverdünnung ein (z.B. **Sintrom, Marcoumar**, **Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana**) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Efient, Brilique,** oder **Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel** eingenommen? Wenn ja, welche? |   |  |
| 2. Haben Sie eine **Allergie/ Überempfindlichkeitsreaktion** (gegen Medikamente, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)? Wenn ja, welche? |  |  |
| 3. Leiden Sie an einem **Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit**? Haben Sie einen Ausweis zur **Endokarditis-Prophylaxe** (grün/rot)? |  |  |
| 4. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher / Defibrillator** oder ein **Metallimplantat**? |  |  |
| 5. Ist bei Ihnen eine **Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)** bekannt? |  |  |
| 6.. Sind Sie **Diabetiker/in**? |  |  |
| 7. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? |  |  |
| 8. Haben Sie **lockere Zähne**, eine **Zahnprothese** oder eine **Zahnkrankheit**? |  |  |

**Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.**

Ort, Datum Name Patient/in Unterschrift Patient/i<Name> <Vorname>

****

# Risikoabschätzung für Covid-19-Infektion

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Untersucher |  | Datum / Zeit |  |

Die Fragen dienen zum Abschätzen des Risikos für eine Covid-19-Infektion.

Beantworten Sie bitte jede Frage. Bei Unsicherheiten hilft Ihnen das Praxispersonal.

### Fühlen Sie sich gesund

Ja Nein

### Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber, Husten, Hals- oder Gliederschmerzen?

Ja Nein

### Ist in den letzten Tagen eine Einschränkung in Ihrem Geschmacks- oder Geruchsempfinden aufgetreten?

Ja Nein

### Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Covid-19-positiven Person?

Ja Nein

### Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?

Ja Nein