Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden zur Lungenspiegelung überwiesen.

* Ein Informationsblatt
* Einen Fragebogen
* Ein Patientenblatt
* Die Einverständniserklärung

**Das Informationsblatt:**

Hier finden Sie Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch. Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung können bei Bedarf vom durchführenden Spezialarzt (Pneumologen) beantwortet werden. Wenn Sie das wünschen, bitten wir Sie, sich dafür rechtzeitig bei uns oder dem zuweisenden Arzt zu melden.

**Der Fragebogen:**

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen zur Abklärung der Blutungsneigung vollständig auszufüllen und die Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zu beantworten. Falls Sie **blutverdünnende Medikamente** (Marcoumar, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Lixiana oder Pradaxa) oder regelmässig **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Efient, Brilique etc.** einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mindestens 1 Woche vor der Untersuchung) **das allfällige Absetzen** der Medikamente

mit Ihrem Arzt zu besprechen. Bitte bringen Sie den unterschriebenen Fragebogen zur Untersuchung mit. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

**Das Patientenblatt**

Wir bitten Sie, das beiliegende Patientenblatt so genau wie möglich auszufüllen. Damit helfen Sie dem Arzt sich ein klares Bild über Ihren Gesundheitszustand zu machen. Bitte bringen Sie das Patientenblatt zusammen mit der unterschriebenen Einverständniserklärung und dem ausgefüllten Fragebogen am Tag der Untersuchung mit in die Praxis.

**Die Einverständniserklärung:**

Lesen Sie auch die Einverständniserklärung spätestens am Vortag der Untersuchung genau durch und bringen Sie diese unterschrieben zur Untersuchung mit.

Das Informationsblatt ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt.

Der Fragebogen, das Patientenblatt und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt.

Bitte bringen Sie **folgende Unterlagen** mit:

* Krankenkassenkarte
* Aktuelle Medikamentenkarte
* Falls vorhanden: Arztberichte   
  (zwecks besserer Vorbereitung unsererseits, können Sie uns diese Unterlagen schon vor dem Termin zusenden)
* Allergiepass

Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, den Termin mindesten 24 Stunden vorher abzusagen.

Mit freundlichen Grüssen

Team Endoskopie

**Informationsblatt zur Lungenspiegelung**

**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).

**Welche Vorbereitungen sind für eine Lungenspiegelung nötig?** Bitte nehmen Sie ab Mitternacht vor der Lungenspiegelung keine feste Nahrung mehr zu sich. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 2 Stunden vor Untersuchungsbeginn erlaubt. Lassen Sie Ihre regulären Medikamente weg, ausser Ihr Arzt weist Sie ausdrücklich auf die Einnahme hin.

**Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?** Für die Untersuchung wird Ihnen ein Schlafmedikament gespritzt. Die Fahrtüchtigkeit ist für den Rest des Tages nach Erhalt dieses Medikamentes nicht gegeben. **Kommen Sie bitte nicht mit dem eigenen Fahrzeug.** Sorgen Sie für eine persönliche Begleitung. Nach Verabreichung dieser Medikamente besteht für 12 Stunden auch keine Unterschriftsfähigkeit. Das bedeutet, dass Sie während dieser Zeit keine Verträge abschliessen sollten. Auch das Bedienen von Maschinen sollte nach Erhalt von Schlafmittel gleichentags nicht erfolgen.

**Blutverdünnende Medikamente und Lungenspiegelung:** Folgende Medikamente (Aspirin, Aspirin cardio, Tiatral, Kardegic, Alcacyl, Asasantin, Plavix, Clopidogrel, Efient, Brilique) müssen nicht abgesetzt werden. Unter diesen Medikamenten können Proben entnommen werden. Auch Marcoumar, Sintrom, Eliquis, Xarelto, Pradaxa und Lixiana müssen bei der Lungenspiegelung nicht abgesetzt werden. Bei Kombinationen von oben erwähnten Medikamenten nehmen Sie bitte mindesten sieben Tage vor der Untersuchung Kontakt mit ihrem Arzt auf.

**Wie läuft die Lungenspiegelung ab?** Zur Verabreichung des Schlafmittels wird zunächst am Arm eine Infusion gelegt. Während Sie schlafen werden Blutdruck, Puls und der Sauerstoffgehalt im Blut überwacht. Untersucht wird mit einem dünnen beweglichen „Schlauch" an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht sind. Damit kann der Arzt die Schleimhaut der erwähnten Organe einsehen und nach krankhaften Veränderungen absuchen und falls nötig Proben entnehmen. Die Untersuchung und die zusätzlichen Eingriffe verursachen keine Schmerzen oder Atemnot. Während der Untersuchung ist neben dem Arzt auch eine oder zwei endoskopisch geschulte Pflegefachperson anwesend.

**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 Risiken sind mit diesem Eingriff verbunden?**

Die Komplikationen der Lungenspiegelung sind selten Es kann aber trotz grösster Sorgfalt zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen auch lebensbedrohlich sein können. Dies ist bei einfachen Spiegelungen der Atemwege aber sehr selten der Fall. Zu erwähnen sind allergische Reaktion, mögliche Zahnschäden, Infektion und Luftaustritt in den Rippfellraum (Pneumothorax). Dies heilt meistens spontan ab, allenfalls muss die Luft durch die Einlage eines Drainagekatheters abgesaugt werden. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion kommen. Vorübergehend können leichte Heiserkeit und Schluckbeschwerden vorhanden sein.

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

Nach der Untersuchung dürfen Sie für zwei Stunden keine Flüssigkeit oder Nahrung zu sich nehmen, da wir Ihnen während der Untersuchung den Rachen mit einem Lokalanästhetikum unempfindlich gemacht haben und die Gefahr des Verschluckens besteht.

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 halten?**

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

**Bei Fragen oder Problemen können Sie sich zwischen 08.00 Uhr und 12.00 Uhr und zwischen 13.30 und 16.30 Uhr bei uns melden: Tel.: 043 366 40 00**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name:** | **Vorname:** | **GeburtsDatum:** |
|  |  |  |

**Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Frage | | Ja | Nein |
| 1. | Haben Sie starkes **Nasenbluten** ohne ersichtlichen Grund? |  |  |
| 2. | Haben Sie **Zahnfleischbluten** ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen)? |  |  |
| 3. | Haben Sie „**blaue Flecken** 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:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Frage | | Ja | Nein |
| 1. | Nehmen Sie **gerinnungshemmende Medikamente** zur Blutverdünnung ein z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto, Lixiana, Pradaxa, Eliquis? Haben Sie in den letzten 7 Tagen **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Asasantin, Efient, Briquenil etc., Schmerzmittel oder Rheumamittel** eingenommen?  Wenn ja, welche? ………………………………………………………………………….. |  |  |
| 2. | Haben Sie eine **Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion** (gegen Medikamente, Sojaöl, 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? |  |  |
| 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,** ein **Zungenpiercing** oder eine **Zahnkrankheit**? |  |  |

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

Ort, Datum ……………………..………….. Unterschrift Patient/in:…………………..…………………………….

**Patientenblatt**

Für eine Gesamtbeurteilung sind die persönliche Kranken- und Familiengeschichte

und die Risikofaktoren wichtig. Wir bitten Sie, dieses Formular auszufüllen.

Besten Dank.

**Name und Vorname: Geburtsdatum:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSÖNLICHE KRANKENGESCHICHTE** | | | | | | | | | |
| Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | | □ | | Rheuma | | | | | □ |
| Schilddrüsenerkrankung | | □ | | Erhöhte Blutfettwerte | | | | | □ |
| Lebererkrankung | | □ | | Allergien | | | | | □ |
| Nierenerkrankung | | □ | |  | | | | |  |
| Gicht (erhöhte Harnsäurewerte) | | □ | | Medikamentenunverträglichkeiten | | | | | □ |
| Atemwegserkrankungen | | □ | |
| Infektionskrankheiten (HIV, Tuberkulose) | | □ | | Nahrungsmittelunverträglichkeiten | | | | | □ |
| Osteoporose | | □ | |
| Herz-/Kreislauferkrankungen:  Bluthochdruck  Vorhofflimmern  Angina pectoris, Herzinfarkt  Herzklappenfehler | | □  □  □  □  □ | | Herzschrittmacher  Schlaganfall  Durchblutungsstörungen in den Beinen  Krampfadern | | | | | □  □  □  □ |
| Krebserkrankung | | □ | | Neurologische Erkrankungen  Epilepsie  Psychische Erkrankungen | | | | | □  □  □ |
| **OPERATIONEN/SPITALAUFENTHALTE** | Ja/Wann? | | | **OPERATIONEN/SPITALAUFENTHALT** | | | | | Ja/Wann? |
| Blinddarm |  | | | Künstliches Gelenk | | | | |  |
| Mandeln |  | | | Gallenblase | | | | |  |
| Krampfadern |  | | | Gebärmutter | | | | |  |
| Prostata |  | | | Geburten | | | | |  |
|  | | | | Kaiserschnitt | | | | |  |
| Andere Operationen oder Spitalaufenthalte | | | | | | | | | |
| Waren Sie im letzten Jahr im Ausland? Wenn ja, Wo? | | | | | | | | | |
| **FAMILIENGESCHICHTE**: Krankheiten oder Todesursachen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Grosseltern, Nachkommen)? | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **GEWOHNHEITEN** | | | **Ja** | | **Nein** | | **Wie viel** | **Seit wann** | |
| Rauchen Sie | | |  | |  | |  |  | |
| Trinken Sie regelmässig Alkohol | | |  | |  | |  |  | |
| Treiben Sie Sport | | |  | |  | |  |  | |
| **Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein oder haben Sie über längere Zeit**  **eingenommen?** | | | | | | | | | |
| Medikamente: | | | | | | Dosierung: | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | |

# **Einverständniserklärung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name:** | **Vorname:** | **GeburtsDatum:** |
|  |  |  |

**Lungenspiegelung**

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Lungenspiegelung aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Lungenspiegelung habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Frage | Ja | Nein |
| **Ich bin mit der Durchführung der Lungenspiegelung** **einverstanden.** |  |  |

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift Patient/in:…………………..………………….

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift Arzt/Ärztin:…………………..…………………

Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:

Gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter:

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift des Vertreters:…………………………………..

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift Arzt/Ärztin:……………….……………………….