

# Aufklärung und Einwilligung für schmerztherapeutische Eingriffe

→ Institut für Anästhesie und Intensivmedizin und Schmerztherapie



Patientenetikette

## Liebe Patientin, lieber Patient

### DIAGNOSE

Sie leiden an \_\_\_\_\_

und möchten dies durch eine minimalinvasive interventionelle Massnahme behandeln lassen.

**ZIEL DER BEHANDLUNG** Durch den Eingriff soll eine Linderung Ihrer Schmerzen bzw. eine Verbesserung der Sie einschränkenden Beschwerden erreicht werden. In manchen Fällen ist auch eine vertiefte diagnostische Aussage möglich.

**BEHANDLUNGSAalternativen** Die verschiedenen alternativen Behandlungsoptionen wurden Ihnen vorgestellt. Bei der minimalinvasiven interventionellen Schmerztherapie handelt es sich in der Regel um einen zeitlich nicht dringenden Wahleingriff. Es ist wichtig, dass Sie sich daher genügend Zeit nehmen, bevor Sie sich für diese Behandlung entscheiden.

**EINGRIFF** Der Eingriff erfolgt unter Überwachung der Herzkreislauffunktion und der Atmung. Die Anlage eines intravenösen Zuganges dient Ihrer Sicherheit; zusätzlich kann bei Bedarf ein beruhigendes Medikament verabreicht werden:

Die Intervention wird unter sterilen Bedingungen, mit Röntgendarstellung oder Ultraschall und Kontrastmittelkontrolle durchgeführt. Während des Eingriffs kann es kurzfristig zu einer Schmerzverstärkung kommen. Aufgrund der möglichen Beeinträchtigung durch die verwendeten Medika-

mente ist das selbstständige Lenken eines Fahrzeuges bis zum Folgetag nach dem Eingriff untersagt. Lassen Sie sich abholen oder benutzen Sie die öffentlichen Verkehrsmittel.

### MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN

- » Selten Infektionen der Einstichstelle
- » Gelegentlich Verletzung kleiner Gefässe, die jedoch keiner Behandlung bedarf
- » Gelegentlich vorübergehendes Taubheitsgefühl
- » Sehr selten kann es zu einer Entzündung im Wirbelkanal oder Einblutung mit bleibender Schädigung der Nerven mit Sensibilitätsminderung bis Lähmung im entsprechenden Nervenversorgungsgebiet kommen.
- » Die eingesetzten Kortisonpräparate sind weltweit langjährig erprobt. Sie haben jedoch für die Verwendung im Bereiche der Nervenstrukturen keine offizielle Zulassung. Da gleichwertige Alternativen fehlen, werden diese Medikamente im Rahmen eines so genannten «Off Label Use» eingesetzt und entsprechen einem «Standard of Practice».
- » Allergische Reaktionen auf eingesetzte Medikamente sind grundsätzlich immer möglich. Schwerwiegende Verläufe sind dabei jedoch sehr selten.
- » Kurzzeitige Nebenwirkungen der Medikamente können auftreten wie: Kreislaufschwankungen, Schwindel, Unwohlsein, Wärmegefühl, Schwitzen.

**Aufklärung und Einwilligung für schmerztherapeutische Eingriffe**

Diese Seite wird für die elektronische KG eingescannt.



Patientenetikette

**Bitte lesen Sie die Aufklärung und Einwilligung für schmerztherapeutische Eingriffe aufmerksam durch und bringen Sie sie zum Eingriff mit.**



**WICHTIGE FRAGEN**

☉ Werden regelmässig Medikamente, insbesondere Medikamente zur Blutverdünnung, Schmerzmittel, Herzmedikamente eingenommen?  Ja  Nein

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

☉ Besteht bei Ihnen eine Allergie auf bestimmte Substanzen (z. B. Betäubungsmittel, Jod, Röntgenkontrastmittel...)?  Ja  Nein

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

☉ Besteht aktuell eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

**NACH DEM EINGRIFF** Für den Tag des Eingriffs besteht in der Regel eine Arbeitsunfähigkeit, was wir auf Verlangen Ihrem Arbeitgeber gegenüber gerne bestätigen. Sollten nach Ihrer Entlassung Muskelschwäche, Gefühlsstörungen, Fieber, Kopfschmerzen oder andere Empfindungen auftreten, die Sie beunruhigen, bitten wir Sie, sich umgehend mit uns in Verbindung zu setzen.

**Ärztliche Anmerkungen** \_\_\_\_\_

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (INFORMED CONSENT)** Ich bestätige hiermit, dass ich alle mir bekannten Leiden und Beschwerden, auch allgemeiner Natur, genannt habe. Ich nehme keine blutverdünnenden Medikamente ein oder werde diese gemäss den erfolgten Instruktionen absetzen. Ich weiss, dass keine Garantie für den Erfolg des Eingriffes gegeben werden kann.

Ich erkläre hiermit, die umseitig aufgeführten Erläuterungen verstanden zu haben und zusätzlich von ärztlicher Seite ausführlich über den Eingriff orientiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit in den geplanten Eingriff ein.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_

**KONTAKT/INFORMATION** Bei Fragen können Sie sich jederzeit telefonisch an uns wenden.  
**Sekretariat Schmerzlinik:** Montag bis Freitag, 08.00–17.00 Uhr, T 041 399 33 26