

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Musterkrankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Max

geb. am

01.01.1955

Kassen-Nr.

K123

Versicherten-Nr.

V12333122

Status

OK

Betriebsstätten-Nr.

BET123

Arzt-Nr.

ARZT12

Datum

23.07.2019

Patientin / Patient

Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen

Transösophageale Echokardiographie (TEE, Schluckecho)

Ultraschalluntersuchung des Herzens über die Speiseröhre

Bitte vor dem Arztgespräch sorgfältig lesen, Fragen notieren



Fall-Nr.

189876576

Patienten-Nr. (ID)

P0815

Behandlungsdatum

23.07.2019

Zu benachrichtigende(r) Angehörige(r):

Frau Mustermann

Beziehung zum Patienten / Verwandtschaftsgrad:

Ehefrau

Entscheider Tel.-(Handy-)Nr.

+49 111 22222

Entscheider E-Mail-Adresse

max@mustermann.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Beschwerden und die Voruntersuchungen deuten darauf hin, dass eine Herzerkrankung vorliegt, die mit einer Ultraschalluntersuchung des Herzens über die Speiseröhre diagnostiziert werden kann.

Dieser Patientenaufklärungsbogen dient der Grundinformation über die vorgeschlagene Untersuchung, über die Ihre Ärztin/Ihr Arzt vorher mit Ihnen noch sprechen wird, und der Aufklärungsdokumentation. Typische Risiken und Folgen sowie mögliche Alternativen müssen Sie kennen, damit Sie sich entscheiden und wirksam in die Untersuchung einwilligen können. Notieren Sie am besten zur Vorbereitung Ihres Arztgesprächs alle Fragen, die nach dem Lesen dieses Bogens bleiben und über die Sie vor einer Entscheidung noch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt sprechen wollen, auf der vorletzten Seite.

Basisinformationen

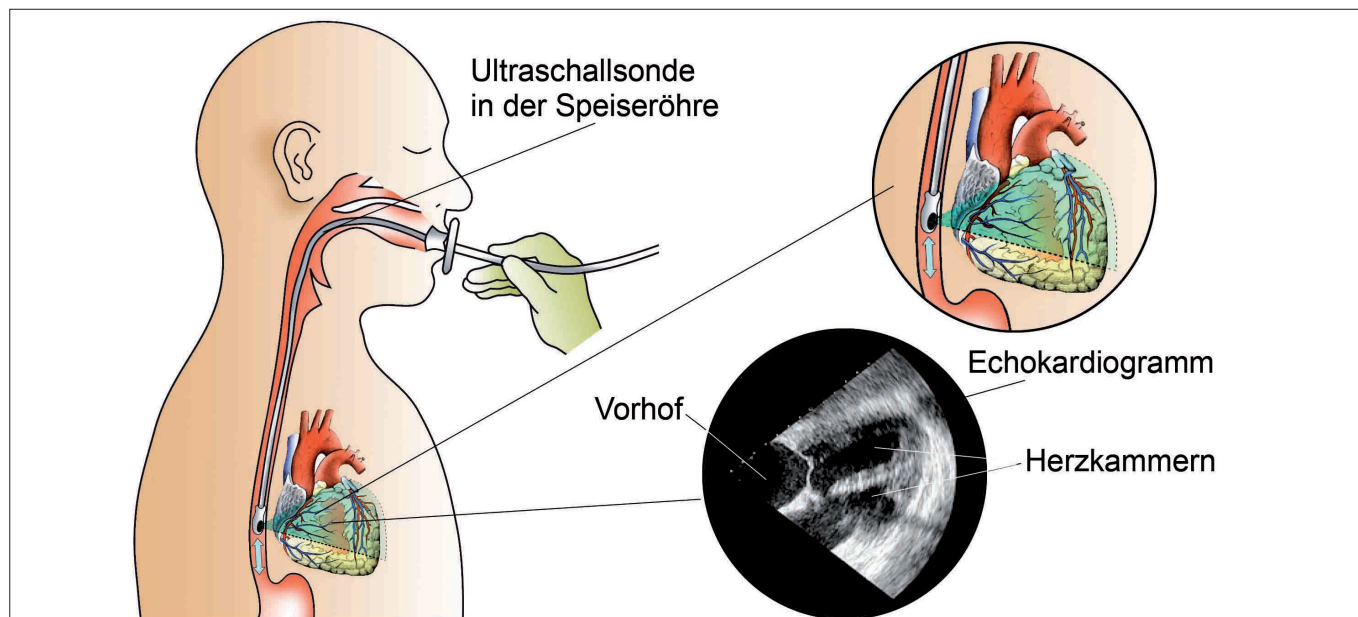
Bei einer **transösophagealen Echokardiographie (TEE)** wird der Ultraschallkopf über die Speiseröhre unmittelbar hinter dem Herzen platziert. Damit können die Blutflüsse in den Herzvorhöfen und -kammern, die Funktion der Herzklappen, Veränderungen der Herzscheidewände und Thromben (Blutgerinnsel) bzw. Auflagerungen auf den Herzklappen – dreidimensional – besser sichtbar gemacht werden, als bei der Untersuchung über die Brustwand von außen (**transthorakale Echokardiographie**), bei der durch die größere Distanz des Schallkopfes und störende Einflüsse von Rippen

und Lungengewebe die Beurteilung erschwert sein kann. Die verschiedenen Bilder von Herz und Hauptschlagader (Aorta) werden aufgenommen und auf einem Videoband oder einer Speicherplatte gespeichert. Diese Aufzeichnungen können später nochmals in Ruhe beurteilt und auch ausgedruckt werden.

Informationen zur Untersuchung

Nach Anlegen eines venösen Zugangs (Armvene) erhalten Sie über den Zugang ggf. eine Beruhigungsspritze, in seltenen Fällen ist eine Analgosedierung oder eine Allgemeinnarkose notwendig.

Abbildung: Ultraschall-Bild des Herzens, aufgenommen mit dem Echoskop aus der Speiseröhre



perimed Patientenaufklärung • Herausgeber: perimed Fachbuch Verlag Dr. med. Straube GmbH
©1979-2018 perimed Fachbuch Verlag Dr. med. Straube GmbH • Flugplatzstr. 104 • D - 90768 Fürth • www.perimed.de
Tel: +49 (0)911 50 722-130 • Fax: +49 (0)911 50 722-140 • service@perimed.de
Jurist. Beirat: Rechtsanwälte Broglie, Schade & Partner GbR • Wiesbaden-Berlin-München • Tel: +49 (0)611-180950 • www.arztrecht.de
Kopieren und Nachdruck verboten - Kopie des ausgefüllten Bogens zur Abgabe an Patientin/Patienten gem. PRG gestattet



Bogen-Code:
ImKa006De
Edition
13-18-09_04-LD
4250112705942

**Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**

(Hier notiert Ihre Ärztin/Ihr Arzt die individuellen, im Gespräch mitgeteilten Aufklärungsinhalte. Hier wird auch ein eventueller Verzicht auf die Aufklärung notiert.)

Dies sind Testanmerkungen.

An dieser Stellen können Sie Ihre ärztlichen Anmerkungen eintragen.

Ärztliche Dokumentation

N=Nein, J = Ja

Ist eine **Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht** und/oder eine **Betreuungsverfügung** vorhanden? N J

Die Patientin/der Patient **ist in der Lage, eine selbständige Entscheidung** über die **vorgeschlagene Untersuchung zu treffen** und ihre/seine Einwilligung zu geben. N J

Die Patientin/der Patient wird **von den Eltern/Betreuer(n)/Vormund/Bevollmächtigten vertreten**, die/der eine Entscheidung im Patientensinn treffen kann/darf (bitte in Druckschrift). N J

Nachname Vorname Alter

Die Patientin/der Patient - die Eltern/der Betreuer/der Vormund **lehnt/lehnen die vorgeschlagene Untersuchung** ab. Über die Nachteile und möglichen Folgen wurde ausführlich aufgeklärt:

Der Patientin/dem Patienten wurde mitgeteilt, dass sie/er für ___ Stunden ___ Tage **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf!**

Der **Heimtransport** erfolgt mit
Krankewg. ÖPNV Taxi PKW zu Fuß
Die Patientin/der Patient wird begleitet/gefahren/betreut von

Nachname Vorname Alter

Die Patientin/der Patient hat keine Begleitung/Betreuung

Steht im Notfall ein Auto mit Fahrer/Taxi zur Verfügung? N J

In welcher Zeit ist eine Klinik/der Notarzt/Hausarzt erreichbar? _____ min.

Hausärztin/Hausarzt: Tel. (Handy)-Vorw-Nr.

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm)

Unterschrift der Ärztin/des Arztes / ggf. von Zeugen

Patientin/Patient

Nachname Vorname Geb.-Datum

Geplante Maßnahmen ambulant (kurz-) stationär

Transösophageale Echokardiographie (TEE, Schluckecho)

Ultraschalluntersuchung des Herzens über die Speiseröhre

Sonstige Maßnahmen:

Geplantes Anästhesieverfahren

Lokalanästhesie d. Rachens Analgosedierung

Kurznarkose

Allgemeinanästhesie

Andere:

Einwilligung**Ablehnung**

Nach dem vollständigen Lesen und Ausfüllen dieses Patientenaufklärungsbogens und nach dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt Frau/Herrn (bitte in Druckbuchstaben)

fühle ich mich voll informiert und aufgeklärt! Meine Fragen, insbesondere über die Art und den Ablauf der Untersuchung, über die Vor-/Nachteile und die Alternativen wurden beantwortet. Individuelle Risiken sowie mögliche Komplikationen wurden verständlich dargestellt. Die Fragen zu den Vorerkrankungen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Ich willige nach angemessener Bedenkzeit und reiflicher Überlegung in die vorgesehene **Untersuchung ein**, sowie in Änderungen und Erweiterungen, wenn diese ärztlich notwendig oder geraten sind. Mit **Neben- und Folgeeingriffen und -behandlungen** (z.B. Intensivmedizin) und mit der **Transfusion von Fremdblut** bin ich – wenn notwendig – einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass **Befunde/Bildmaterial angefordert**, an nachbehandelnde Stellen **weitergegeben** und dass die Patientendaten im gesetzlichen Rahmen **elektronisch gespeichert** und für Auswertungen herangezogen werden.

Ich werde die mitgeteilten **Verhaltenshinweise** und insbesondere die Einschränkungen zur Verkehrstauglichkeit **beachten**.

Eine **Kopie/einen Durchschlag** dieses Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogens habe ich **erhalten**.

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich intensiv und unmissverständlich über die (möglichen) Folgen einer Verweigerung aufgeklärt.

Ich lehne die Untersuchung trotzdem ab!

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm)

Unterschrift der Patientin/des Patienten / der/des Bevollmächtigten